

Alla Regione Puglia
Assessorato alle Politiche della Salute
Settore A.O.S. – Ufficio 1
Via Caduti di tutte le guerre n.15
70126 BARI

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____ il _____

codice fiscale _____

e residente a _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____

c.a.p. _____, telefono _____ cellulare _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n.368 del 17.08.1999, e s.m.i., indetto da codesta Regione con Deliberazione n. _____ del _____

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere cittadino italiano/cittadino _____
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)
2. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;
3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)
presso l'Università di _____
4. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito
il _____ (gg/mm/anno) ovvero nella sessione _____ (indicare sessione ed anno)
presso l'Università di _____;
5. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____;

6. di non essere/essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se si indicare quale*)_____;

7. di avere diritto all'applicazione dell'art.20 della L.104/92 e in particolare:

_____(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città_____

(provincia di _____) in via/piazza_____ n.civico_____

c.a.p._____, telefono_____ cellulare_____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Puglia al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso e autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione Puglia unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data_____

Firma

NOTA BENE: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità