

All. A (Scrivere a macchina o in stampatello)

Alla Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e della
Assistenza Sociale
Via Roma 223
09123 Cagliari

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

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

codice fiscale _____

e residente in via/Piazza _____ n. civico _____ a _____

_____ (provincia di _____)

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

e-mail _____

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 17.8.1999, indetto da codesta Regione con Determinazione n. 210 del 17/03/2017, del direttore del II Servizio.

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 di Stato membro dell'Unione Europea (*(indicare la cittadinanza di Stato membro dell'UE)*) _____
2. di essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente, essendo familiare di un cittadino comunitario (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea e la condizione che legittima la domanda di partecipazione ai sensi del comma 1, art. 38, D.Lgs. 165/2001*); _____
3. di essere in possesso dei requisiti e dello status previsti dal comma 3-bis dell'art. 38 del decreto legislativo 165/2001 (cittadinanza di Paese non UE e titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo oppure, titolarità di status di rifugiato politico oppure titolarità dello status di protezione sussidiaria); (*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'Unione Europea e la condizione che legittima la domanda di partecipazione ai sensi del comma 3-bis, art. 38, D.Lgs. 165/2001*) _____

4. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)

presso l'Università di _____;

5. 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 _____;

6. di essere iscritto/a all'albo dei medici chirurghi dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di
_____ dal _____ n. _
_____;

7. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in
medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;

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

9. 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 _____,

e-mail _____

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 Sardegna 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 Sardegna 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**