



(Scrivere a macchina o in stampatello)

Alla Regione Veneto
Direzione Regionale Piani e Programmi Socio Sanitari
Palazzo Molin – San Polo 2514
30125 VENEZIA VE

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

presso l'Università di _____ con la

votazione di _____ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

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

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 _____ dal _____ (gg/mm/anno);

6. di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina generale:

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

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

8. 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 avviso.

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 Veneto 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 Veneto 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.