

Fac-simile domanda (Allegato A)
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:
san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

Alla Regione Sardegna

Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza
Sociale - Direzione Generale Sanità -

Servizio Programmazione Sanitaria e economico
finanziaria e controllo di gestione

**Oggetto: Domanda di ammissione al concorso per il corso triennale di formazione specifica in
Medicina Generale 2018/2021.**

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

nato/a _____ Provincia _____

il _____ e residente a _____

(provincia di _____) in via/piazza _____

n.civico _____ CAP _____ telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

PEC _____ E-MAIL _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in
Medicina Generale 2018/2021 di cui al D.Lgs. n.368 del 17.8.1999 e s.m.i., indetto da codesta Regione con
Determinazione dirigenziale 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 di Stato membro dell'Unione Europea _____
(indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza di Stato membro UE, di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE e in possesso di uno dei
(indicare la cittadinanza del familiare)

seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.:

- titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____
- titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei, rilasciata dalla Questura di _____ il _____

3. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE) non avente cittadinanza di Stato membro UE in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D.Lgs. 165/2001

- titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di _____ il _____
- titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità, attestata mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di _____ il _____
- titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di _____ il _____

4. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____

(gg/mm/anno)

presso l'Università di _____

5.

a. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

- presso l'Università di _____ il _____

OVVERO

- con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

b. di NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;

6.

a. di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____

b. di NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f del Bando), ai sensi dell'art. 3, comma 5, lettera i del Bando, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di novembre 2018, pena la non ammissione al corso.

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

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

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni sopraggiunte rilevanti ai fini dell'organizzazione della prova di concorso.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'albo di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di avvio ufficiale del Corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma a pena; va previsto anche impegno a non presentare nei termini, pena esclusione dal concorso o dal corso, qualora la circostanza venisse appurata successivamente l'inizio dello stesso
- di non essere / essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia

(se si indicare quale)

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

Città _____ (provincia di _____)

Via/Piazza _____ n.civico _____ c.a.p. _____

Recapiti telefonici:

telefono fisso _____ 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. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che i dati personali relativi ai candidati saranno trattati, esclusivamente per l'espletamento di questa selezione e per la gestione del corso di formazione specifica in medicina generale, presso la Regione Autonoma della Sardegna. Titolare del trattamento è il Presidente della Giunta regionale e contitolare del trattamento è il Direttore Generale della Direzione generale della Sanità dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Responsabile del procedimento è il Direttore del Servizio programmazione sanitaria ed economico finanziaria e controllo di gestione della Direzione generale della Sanità dell'assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. L'eventuale comunicazione a terzi avverrà solo se necessaria per le finalità previste, e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n. 196/2003.

Agli aspiranti sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del succitato Codice e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste all'Ufficio per le relazioni con il pubblico della Regione Sardegna, al seguente indirizzo email san.urp@regione.sardegna.it, o di posta Elettronica Certificata san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

Data: _____

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ PENA L'ESCLUSIONE ALLA PARTECIPAZIONE AL CONCORSO.