

Allegato B

Stampare e compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile. Firmare. Scansionare e presentare secondo le modalità riportate all'art. 3 del Bando di Concorso (Allegato A).

Alla Regione Lazio
Assessorato alla Sanità e Integrazione socio-sanitaria
Direzione Salute e Politiche Sociali
Area GR.11.42

Il/La sottoscritto/a _____
(COGNOME e NOME)

nato/a _____ Provincia _____ Stato _____

il _____ e residente a _____ (provincia di _____)

in via/piazza _____ n. civico _____ CAP _____

codice fiscale _____, telefono fisso _____,

cellulare _____, PEC: _____

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 ss.mm.ii., indetto da codesta Regione con Determinazione 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, e di essere familiare di _____
(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE,
(indicare la cittadinanza del familiare)

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001:

titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità,
rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità,
rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

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

non avente cittadinanza UE, in possesso di una delle seguenti condizioni (comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001):

- titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità,
rilasciato dalla Questura di _____ il _____
- titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità,
rilasciato dalla Questura di _____ il _____
- titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità,
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. riguardo al requisito dell'abilitazione all'esercizio professionale, dichiara:

- di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:
- a. presso l'Università di _____ il _____
- OVVERO
- b. con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

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

6. riguardo al requisito dell'iscrizione all'ordine, dichiara:

- di essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____
- di NON essere iscritto/a all'albo di un 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 comma 4 dell'art. 3 del Bando), ai sensi dell'art. 3, comma 4, 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. 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 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;
- di non essere / essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia

(se si indicare quale)

Comunica il seguente recapito:

Domicilio digitale (indirizzo PEC, ai sensi dell'art. 4 del Bando): _____

E i seguenti eventuali 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. 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 Lazio, in qualità di titolare, e presso la Direzione Salute e Politiche Sociali in qualità di responsabile. L'eventuale comunicazione a terzi avverrà solo se necessaria per le finalità previste, e nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs 196/2003.

Agli aspiranti sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato 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 Lazio, numero verde 800.01.2283, urp@regione.lazio.it.

Data: _____

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DEVE ESSERE ALLEGATA COPIA IN CARTA SEMPLICE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'