

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(artt. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa		
nato/a a	Prov.	il

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

<input type="checkbox"/> di essere cittadino italiano
<input type="checkbox"/> di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE:
<input type="checkbox"/> di essere cittadino del seguente Stato: ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di:	
	in data:
con voto:	

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale	
in data:	presso l'Università di:

di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di:
--

<input type="checkbox"/> di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.Lgs. 368/99 e s.m.i.)			
conseguito il		presso la Regione	
data inizio corso		data fine corso	

<input type="checkbox"/> di essere iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale del triennio 2019/2021	
iniziato il	presso la Regione
con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre 2022	

<input type="checkbox"/> di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine (indicare la specializzazione):			
specializzazione in			data:
conseguita presso l'Università:			
con frequenza dal		al	
specializzazione in			data:
conseguita presso l'Università:			
con frequenza dal		al	

<input type="checkbox"/> di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE)	
conseguito il	presso
(Allegare copia del certificato, in mancanza di allegazione il punteggio non può essere attribuito)	

<input type="checkbox"/> di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)	
conseguita il	presso
(Allegare copia del certificato, in mancanza di allegazione il punteggio non può essere attribuito)	

<input type="checkbox"/> di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale	
conseguito il	presso

ATTENZIONE: Spuntare la condizione in cui il candidato si trova in entrambi i riquadri sottostanti.

La mancata dichiarazione di tali status può essere causa di esclusione dalla presente graduatoria della Medicina Generale.

<input type="checkbox"/> di non fruire di trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale

<input type="checkbox"/> di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).
--

Luogo e data

Firma autografa leggibile (1)

1. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, richiamato dall'art. 47, comma 1, la dichiarazione deve essere sottoscritta ed inviata insieme alla domanda di inserimento nella graduatoria della Medicina Generale.