

**(Scrivere a macchina o in stampatello compilando l'allegato in ogni sua parte.
La domanda di ammissione al corso, deve essere inviata, a pena di esclusione,
con posta elettronica certificata)**

(Allegato 1)

Alla Regione Abruzzo

Dipartimento per la Salute e il Welfare

Servizio Assistenza Distrettuale

Territoriale – Medicina Convenzionata e
Penitenziaria

Via Conte di Ruvo N°74

65127 PESCARA (PE)

dpf015@pec.regione.abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Cognome e Nome)

_____ (provincia di _____) Stato _____ il _____

codice fiscale _____ e residente a _____

_____ (provincia di _____) in via/Piazza _____

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

C H I E D E

di essere ammesso/a in soprannumero al Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale relativo agli anni 2018/2021, di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e s.m.i., indetto con la deliberazione di Giunta Regionale n. 335 del 24 maggio 2018, riaperto con deliberazione di Giunta Regionale n. 743 del 28 settembre 2018.

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 essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico _____ (*prima del 31/12/1991*);

5. 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);
6. di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia autonoma;
7. 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 _____;
8. di essere iscritto/a all'albo dei medici chirurghi dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____ dal _____ (gg/mm/anno);
9. di aver svolto le seguenti attività nel campo delle cure primarie:
- a) incarico a tempo determinato o attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con rif. a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni) indicare anche il medico sostituito (per ciascun mese di attività p. 0,05) :
- dal _____ al _____ medico _____
tel. _____ convenzionato con Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ medico _____
tel. _____ convenzionato con Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ medico _____
tel. _____ convenzionato con Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ medico _____
tel. _____ convenzionato con Azienda USL _____;
- b) servizio effettivo, in forma attiva, di guardia medica e di continuità assistenziale (ogni mese ragguagliato a 96 ore attività p. 0,05):
- dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;
- c) servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale 38h sett. (ogni mese attività punti 0,05):
- dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;
- dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

- a) servizio effettivo nella medicina dei servizi (ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività punti 0,05):

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

- e) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (ogni mese ragguagliato a 52 ore di attività punti 0,05):

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

dal _____ al _____ ore _____ presso Azienda USL _____;

- f) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende (per ciascun mese complessivo p. 0,05)

dal _____ al _____ presso Azienda USL _____;

10. di essere/non essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina interna o disciplina equipollente o di essere/ non essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina interna:

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 _____;

11. di essere/ non essere iscritto a corsi di specializzazione (*se si indicare quale*) _____;

12. 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 il seguente indirizzo di **posta elettronica certificata** presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al corso:

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, inoltre autorizza la loro pubblicazione sul BURAT e sul sito Internet della Regione Abruzzo unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria, presso la Regione Abruzzo, in qualità di titolare, e presso l'Ufficio Formazione e Aggiornamento Personale Convenzionato del Servizio Assistenza Distrettuale Territoriale - Medicina Convenzionata e Penitenziaria - DPF015 del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di responsabile. Presso la Regione Abruzzo è designato responsabile del trattamento il Direttore Regionale del Dipartimento per la Salute e il Welfare. Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del corso o alla posizione giuridico economica del candidato. 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 Formazione e Aggiornamento Personale Convenzionato del Servizio Assistenza Distrettuale Territoriale - Medicina Convenzionata e Penitenziaria - DPF015 del Dipartimento per la Salute e il Welfare: dpf015@pec.regione.abruzzo.it o dpf015@regione.abruzzo.it.

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della pubblica amministrazione sono sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autentica di un documento di identità del sottoscrittore.