

**(Allegato 1)**

*Fac-simile domanda*

*(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)*

*Inviare via PEC all'indirizzo:*

***dpf015@pec.regione.abruzzo.it***

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)

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 indetto da codesta Regione con D.G.R. n. 335 del 24.05.2018, riaperto con D.G.R. 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. 165/2001 e smi:

- 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 dichiara di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f, comma 4 art. 4 del Bando), ai sensi dell'art. 2, 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 marzo 2019, 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)

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 e di impegnarsi a non presentare entro la scadenza del presente bando, domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma, pena esclusione dal concorso o dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;

OPPURE

- di avere presentato domanda di ammissione al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, pubblicato per estratto sulla G.U.R.I. n. 49 del 22/06/2018 presso la Regione \_\_\_\_\_, MA di aver già annullato la stessa in data \_\_\_\_\_ seguendo le indicazioni contenute nel bando della Regione medesima;
- di non essere / essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia

\_\_\_\_\_  
(se si indicare quale)

- di aver preso visione dell'informativa allegata al bando per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

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.

Data: \_\_\_\_\_

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ  
IN CORSO DI VALIDITÀ.