



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

All. 2 determinazione 712 del 09.07.2015

Domanda (*utilizzare il presente modello
Scrivere in stampa o maniera leggibile*)

Alla Regione Sardegna
Assessorato Igiene Sanità Assistenza Sociale
Via Roma n. 223
09123 CAGLIARI

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

nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____ il _____

codice fiscale _____

e residente a _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____

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

e – mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale, 2015/2018, di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da codesta Regione con Determinazione n., del Direttore Generale della Sanità.

Dichiara sotto la propria responsabilità, 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 _____;
(*indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea*)
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) _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

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);

5. di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia autonoma;

6. 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 _____;

7. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____ dal _____ (gg/mm/anno);

8. di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina generale:

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 _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

9. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se sì indicare quale

_____;

10. 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 dell' avviso di ammissione.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

e-mail _____

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 autorizza la Regione Sardegna al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso e autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione Sardegna unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data _____

Firma

NOTA BENE: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità