



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 n.

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, 2016/2019, 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'ASSISTÈNTZIA 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 _____

8. _____ (*gg/mm/anno*);

9. 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 _____;

10. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se si indicare quale*

_____);

11. 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