

(Allegato A)

(Scrivere a macchina o in stampatello)

Alla Regione Campania  
Settore Aggiornamento e Formazione  
del Personale Sanitario  
Centro Direzionale Isola C3  
80143 - **NAPOLI**

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 \_\_\_\_\_,

### CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999, indetto da codesta Regione con Decreto 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 \_\_\_\_\_;  
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)
2. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il \_\_\_\_\_  
(gg/mm/anno)  
presso l'Università di \_\_\_\_\_;
3. di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma;
4. 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 \_\_\_\_\_;

5. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di \_\_\_\_\_;
6. di non essere/essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia *(se si indicare quale)* \_\_\_\_\_;
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)*

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso.

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 \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_,

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 Campania 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 Campania 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 in corso di validità.**