

Fac-simile domanda - Allegato B1)
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:
dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e
Osservatorio Epidemiologico
Servizio 2 "Formazione"

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

ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. _____ del _____, di essere ammesso/a tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/25 di cui al D. Lgs. n.368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., organizzato a tempo pieno,

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 _____ con la votazione di
_____ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____ del _____

5. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale conseguita:

in Italia presso l'Università di _____ il _____

(in caso di laurea abilitante indicare la data di laurea)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

6. di essere/non essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di _____;

Qualora il candidato dichiara di non essere in possesso dell'iscrizione all'ordine (lettera f, art. 3, comma 4 dell'Avviso), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera g dell'Avviso, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il suddetto requisito deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di aprile 2023, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione _____ (indicare la Regione), prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui alla lettera f) dell'Art. 3 comma 4 dell'Avviso, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare a Regione _____ (indicare la Regione) eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

7. di essere risultato idoneo al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione _____ (indicare la Regione) relativo al triennio _____ (indicare triennio);

8. di essere stato incaricato, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2022/25;

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di inserimento nella graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/25 in altra Regione o Provincia autonoma, pena esclusione dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;
- di:

- non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca
- essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca

_____ (se si indicarne tipologia e sede universitaria)

- di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2022/25 della Regione XXXX tramite graduatoria riservata ex art. 12, comma 3 del D.L. 35/2009 convertito con L. 60/2019;
- di aver preso visione dell'informativa, allegato B3), per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Allega le dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative ai titoli di servizio di cui all'art. 20, Titolo II "Titoli di servizio", Accordo Collettivo Nazionale con i Medici di medicina generale del 28 aprile 2022 (Allegato B2).

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.