

## FAC SIMILE DI DOMANDA

(Scrivere a macchina o in stampatello compilando il modulo in ogni sua parte)

Alla Regione Umbria  
Direzione Regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane  
Servizio "Politiche di sviluppo delle risorse umane del S.S.R.,  
semplificazione in materia sanitaria e patrimonio delle  
Aziende Sanitarie. Riforme"  
Via Mario Angeloni, 61  
06124 Perugia  
[direzionesanita.regione@postacert.umbria.it](mailto:direzionesanita.regione@postacert.umbria.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(Cognome e Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

(provincia di \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

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

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere ammesso/a al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale 118 (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992, siglato il 29 luglio 2009).

A tal fine 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 uno Stato membro dell'Unione europea

\_\_\_\_\_;

(indicare la cittadinanza di Stato membro della UE)

2. di essere cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_, in possesso di uno dei requisiti di cui all'articolo art. 38, comma 1 e comma 3 bis del D.Lgs. 165/2001:

\_\_\_\_\_

3. di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_/\_\_\_;

4. di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;

5. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_;
6. di essere / non essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale;
7. di essere/non essere medico titolare di incarico a tempo indeterminato / a tempo determinato nei servizi di continuità assistenziale presso l'Azienda USL Umbria 1 / USL Umbria 2 dal \_\_\_\_\_;
8. di essere medico incluso nella graduatoria della Regione Umbria vigente alla data di scadenza del presente Avviso al n. \_\_\_\_ con punti \_\_\_\_, non incaricato nei servizi di continuità assistenziale;
9. di essere medico titolare di incarico a tempo indeterminato / a tempo determinato nei servizi di continuità assistenziale della Regione \_\_\_\_\_;
10. di non essere iscritto e non frequentare corsi di specializzazione in qualsiasi disciplina, compreso il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Dichiara:

- di accettare tutte le disposizioni del presente Avviso pubblico,
- di impegnarsi, in caso di ammissione, al versamento della quota di partecipazione di €1.000,00 a favore della Azienda Usl Umbria 1, prima dell'inizio del corso, pena l'esclusione dallo stesso,
- 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 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che la Regione Umbria non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione dell'avviso. I dati personali saranno raccolti presso l'Azienda presso cui si svolge la formazione per le finalità di gestione del corso e saranno trattati presso una banca dati automatizzata anche successivamente all'eventuale ammissione al corso di formazione, per le finalità inerenti alla gestione della frequenza dello stesso. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure concorsuali. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Aziende sanitarie territoriali regionali direttamente interessate allo svolgimento del corso. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 della citata legge al quale si rinvia. Tali diritti potranno essere fatti valere dall'interessato nei confronti dell'Amministrazione

regionale, titolare del trattamento. Autorizza, altresì, la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sui siti Internet regionale e aziendali unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**NOTA BENE:**

- **alla domanda dovrà essere allegata una scansione di un documento di identità in corso di validità ed il curriculum formativo e professionale, sottoscritto dal candidato**
- **la domanda dovrà essere trasmessa entro il termine perentorio di 20 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso nel Bollettino Ufficiale - Serie Avvisi e Concorsi**