

*Fac-simile domanda Avviso Calabria*  
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Alla Regione Lazio  
Direzione Salute e Integrazione  
Sociosanitaria  
Area Risorse Umane

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 Lazio, 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 Lazio 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 Lazio relativo al 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 Lazio 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