

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

Inviare via PEC all'indirizzo:

[dipartimento.attivita.sanitarie@regione.sicilia.it](mailto:dipartimento.attivita.sanitarie@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 del Decreto dell'Assessore regionale alla Salute n. 2434 dell'11/12/2018, di essere ammesso/a tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2019/2022 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);

5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

- presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**OVVERO (per coloro che hanno acquisito l'abilitazione all'estero)**

- con Decreto Ministeriale numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

6. di essere/non essere iscritto/a all'albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_;

7. di essere in possesso dell'attestato del corso per il conseguimento dell'idoneità a svolgere l'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

8. di avere svolto incarichi, nell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale, con rapporti di convenzione disciplinati dall'Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale per almeno diciotto mesi, anche non continuativi, alla data dell'11 dicembre 2018, data di adozione del D.A. n. 2434/2018;

Dichiara inoltre:

- di:

non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia

essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (se si indicare quale)

- di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2019/2022 della Regione Siciliana tramite graduatoria riservata ex D.A. n. 2434/2018;
- di aver preso visione dell'informativa, allegato C, per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa ai titoli di servizio di cui all'art. 3, Titolo II "Titoli di servizio", ACN 21 giugno 2018.

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.**