SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

All' Azienda U.S.L. PARMA

U.O. Area Giuridico Economico Personale Medico Convenzionato

Strada del Quartiere 2/a

PEC: ausldiparma@pec.ausl.pr.it

Il/La sottoscritt__ _____ _____
(***cognome*** *– scrivere in stampatello)* (***nome*** *– scrivere in stampatello)*

CHIEDE DI PARTECIPARE AL
CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO L'AUSL di Piacenza – Parma – Reggio Emilia - ANNO 2024

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti scrivendo in stampatello)

☐ di essere nato/a a _____Prov._____ il _____/____/_____

☐ di risiedere a _____ Cap._____ Prov._____

In Via _____ n.°_____ Cell. _____

PEC (*obbligatoria*) _____

☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana;

☐ di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

- ☐ Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E._____
- ☐ Cittadinanza del seguente Stato _____ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38 c. 1 e c. 3bis del DLGS 165/01 e s.m.i.:_____

☐ che l'indirizzo PEC al quale devono essere fatte eventuali comunicazioni è il seguente (*scrivere in stampatello*):
_____

☐ di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il ____/____/_____ presso l'Università di _____con votazione_____;

☐ di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di _____ dal ____/____/_____ al n. _____;

☐ di essere incaricato nel settore della Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL di _____dal ____/____/_____ a tutt'oggi;

☐ di essere iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale anno 2024 con punti: _____

☐ di essere stato incaricato nel settore della Continuità Assistenziale:

- presso l'Azienda USL di _____dal ____/____/_____ al ____/____/_____;

- presso l'Azienda USL di _____dal ____/____/_____ al ____/____/_____;

- presso l'Azienda USL di _____dal ____/____/_____ al ____/____/_____;

☐ di essere iscritto al Corso di formazione specifica in Medicina Generale – triennio _____

sede di _____

☐ di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____

Università di _____ anno di corso_____

☐ Altro: _____

_____

☐ di allegare alla presente il curriculum formativo e professionale e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

☐ di essere consapevole che in caso di mancata attivazione presso questa AUSL la preferenza di assegnazione della sede del corso MET è la seguente:

☐ AUSL……..….
☐ AUSL ……....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (DPR n. 445 del 28/12/200 e s.m.i.)

Il sottoscritto, preventivamente ammonito circa la responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

DICHIARA

☐ che tutte le copie dei titoli allegati sono conformi all'originale;
☐ che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.

DATA_____ firma leggibile e per esteso _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'