

**Al Direttore Generale
ASL BT
via Fornaci 201
76123 Andria (BT)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO
DELL'ATTESTATO DI IDONEITA' PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA
TERRITORIALE (118)**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa.....,
consapevole che, nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si applicheranno le
sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, consapevole altresì di
incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato
dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della
dichiarazione, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

nato/a a.....il.....

cod. fiscale.....

residente a.....vian.....

tel.....

indirizzo di posta elettronica.....

laurea in medicina e chirurgia conseguita il Con votazione di

Presso l'università degli studi di

frequentare non frequentare alcun corso di specializzazione universitaria;

frequentare non frequentare alcun Corso di Formazione Specifica in Medicina
Generale (triennio 2010/13- 2011/14- 2012/15);

incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL BT
dal.....;

incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale, in aziende limitrofe,
ASL..... di.....dal.....con residenza nel comune
di.....;

incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale, in ambito regionale,
ASL.....di.....dal.....con residenza nel
Comune di.....;

iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale vigente, alla posizione n.....
con punti..... e con residenza nella ASL BT;

- di essere iscritto nella graduatoria regionale di medicina generale vigente, alla posizione n..... con punti....., e con residenza in ambito regionale;
- incaricato a tempo determinato, nel presidio di Emergenza Sanitaria della ASL BT, postazione di..... dal.....
 - barrare la voce che interessa

CHIEDE

di partecipare al Corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità per l'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale indetto da codesta ASL.

Dichiara, altresì, di accettare quanto previsto dal presente bando.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa all'avviso per il quale presenta l'istanza, sia effettuata al seguente indirizzo:

indirizzo.....

comune.....

tel.....

Allega alla presente fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Data..... firma.....

Ai sensi del D. Lgs n. 196/03, autorizzo la ASL BT al trattamento dei miei dati personali solo per finalità connesse al presente avviso pubblico, nel rispetto delle disposizioni vigenti".

(data) _____

firma _____