

**Alla Direzione Generale
ASL BT
Via Fornaci n. 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)

Io/La sottoscritto/a dott./dott.ssa.....,
presa visione del bando pubblico pubblicato sul B.U.R.P. n. del

Chiede

- Di essere ammesso/a al Corso di Formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità per l'esercizio dell'Attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- a. di essere nato/a a il
cod. fiscale.....
- b. di risiedere nel comune di CAP
vian.
recapito telefonico
indirizzo di posta elettronica
- c. di essersi laureato/a presso
in data Con voto/.....
- d. di essere titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL BT dal
.....;
- e. di essere titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale di AA.SS.LL. limitrofe
della Asl BT dal
.....;
- f. di essere titolare di incarico nel servizio di Continuità Assistenziale di AA.SS.LL. della
Regione Puglia dal
- g. di essere iscritto nella graduatoria regionale vigente di Medicina Generale, alla posizione
n. con punti e con residenza nella ASL BT;
- h. di essere in possesso dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale,
conseguito nella Regione Puglia in data
- i. di essere incaricato a tempo determinato, nel presidio di Emergenza Sanitaria della ASL
BT, postazione di dal
- j. di essere titolare o di essere stato titolare di incarico di lavoro a tempo determinato
dal.....al.....presso la Unità di Medicina e
Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza di.....della Asl Bt;

k. di essere laureato in Medicina e Chirurgia e di aver ottenuto l'abilitazione alla professione in data.....

(barrare la voce che interessa)

Il/la sottoscritto/a si impegna a versare, in favore della ASL BT, la somma di €. 500,00 (cinquecento,00) quale quota di iscrizione, in caso di ammissione alla frequenza.

Dichiara, inoltre, di:

- non frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- non frequentare alcun Corso di specializzazione.

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 mail:

via/p.zza
comune
tel.

Allega alla presente fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Data Firma

"Ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), 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