

MODULO FAC-SIMILE DI DOMANDA per l'inserimento nell'elenco degli idonei al fine dell'esercizio temporaneo della professione sanitaria di medico in base ad una qualifica professionale conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 e s.m.i. per esigenze della Medicina Emergenza Urgenza (MEU) e del S.E.T. 118

Al Direttore Generale Asl Taranto

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco degli idonei dell'Asl Taranto al fine dell'esercizio temporaneo della professione sanitaria di medico in base ad una qualifica professionale conseguita all'estero e regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 e s.m.i..

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di essere nato a _____ il _____;
 di risiedere/soggiornare a _____ cap _____ Prov. _____;
 via /Piazza _____ n. _____;
 C.F. _____;
 Cell: _____;

- di essere in possesso della cittadinanza di uno stato membro dell'Unione Europea _____ (indicare quale) o di regolare permesso di soggiorno per i cittadini extra U.E. di cui allega copia;
- di essere in possesso di provvedimento di riconoscimento del titolo di studio conseguito all'estero della Regione Puglia (di cui allega copia);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio di medico (Indicare il titolo corrispondente in Italia, secondo quanto riportato nel decreto di riconoscimento della Regione Puglia (3)):

1. _____;
 _____;
2. _____;
 _____;
3. _____;
 _____;

conseguito presso _____ di _____
 _____ il _____

- di avere conseguito eventuale diploma di specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza oppure in una delle seguenti Aree:
 - Area Medica e delle specialità mediche e relative discipline equipollenti o affini come stabilito dai Decreti del Ministero della salute 30.1.1998 e 31.1.1998, e successive modificazioni;
 - Area Chirurgica e delle specialità chirurgiche e relative discipline equipollenti o affini come stabilito dai Decreti del Ministero della salute 30.1.1998 e 31.1.1998, e successive modificazioni;

(Indicare il titolo corrispondente in Italia, secondo quanto riportato nel decreto di riconoscimento della Regione Puglia (3)):

1. _____
_____;
2. _____
_____;
3. _____
_____;

conseguito presso _____ di _____
_____ il _____
rilasciato da _____ il _____

- di essere iscritto all'Ordine/Albo professionale dei/degli

di (indicare il Paese) _____ dal _____

- di conoscere le seguenti lingue:

- Italiano

- Altre (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara altresì

- di possedere il seguente indirizzo di posta certificata _____ quale domicilio digitale da cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.
- di possedere, altresì, un indirizzo di posta elettronica _____

Luogo e data

Firma

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

1. copia del permesso di soggiorno che consente di svolgere attività lavorativa per i cittadini di Paesi non U.E.;
2. copia conforme all'originale del titolo di studio di medico conseguito all'estero;
3. copia conforme all'originale del diploma di specializzazione in medicina (facoltativo);

4. copia conforme all'originale del provvedimento di riconoscimento della Regione Puglia dei titoli di studio conseguiti all'estero;
5. curriculum vitae formato europeo redatto in lingua italiana, autocertificato ai sensi del dpr 445/2000 e s.m.i.;
6. copia del documento d'identità in corso di validità.