



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



PNRR
MISSIONE 6 – SALUTE
M6 C2 I2.2
Sub-investimento 2.2(a)

Allegato A1)

*Inviare via PEC all'indirizzo:
protocollo@pec.regione.liguria.it*

Alla Regione LIGURIA
Settore Rapporti di lavoro e contratti del
personale dipendente e convenzionato
del SSR

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

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/2025 di cui al D. Lgs. n.368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., indetto da codesta Regione con D.G.R. n. 1171 del 01/12/2022.

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 altro 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
(indicare la cittadinanza del familiare)

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e ss. mm. e ii.:

- ☐ 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 rilasciato 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 e ss. mm. e ii.:

- ☐ 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, attestato 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 votazione _____ / _____ (specificare se su base 100 o 110)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero:

- ☐ di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____ del _____
- ☐ oppure, di aver avviato la relativa procedura per il riconoscimento presso la competente Autorità, in data _____ prot. n. _____
- ☐ di non essere ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia

Qualora il candidato non sia ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i del Bando,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il requisito del diploma di laurea deve essere posseduto entro il giorno antecedente la data del concorso, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso;**

- di impegnarsi a trasmettere alla Regione, entro il giorno antecedente la data del concorso, tramite pec all'indirizzo protocollo@pec.regione.liguria.it apposita dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, contenente il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito e la votazione ottenuta, in formato pdfA o altro formato accettato ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 952 del 28/10/2021 con la scansione della firma autografa oppure la firma digitale, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso**. La fotocopia di tale dichiarazione di laurea inviata con pec dovrà essere consegnata il giorno della prova d'esame al momento della registrazione;

5. di:

☐ essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:
presso l'Università di _____ il _____

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero:

con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

☐ NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;

☐ essere in possesso di laurea abilitante ai sensi dell'art. 102 del DL 27/2020;

6. di:

- a. ☐ essere iscritto/a all'albo dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana di _____ con il numero _____;
- b. ☐ NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f, art. 3, comma 4 del Bando), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i del Bando, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di aprile 2023, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione Liguria, prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui alla lettera f) dell'Art. 3 comma 4 del Bando, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare a Regione Liguria eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

7. di avere diritto all'applicazione:

- a. ☐ della L. 104/92 e in particolare:

(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

b. ☐ della L. 170/2010 e ss.mm.ii. (DSA) e in particolare:

(specificare misure compensative e/o tempi aggiuntivi)

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni sopraggiunte rilevanti ai fini dell'organizzazione della prova di concorso.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente bando di concorso e in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'albo di un Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di avvio ufficiale del corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre:

▪ di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del presente bando;

▪ di

☐ non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca;

☐ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca

(se si indicarne tipologia e sede universitaria)

▪ di aver preso visione dell'informativa, Allegato A2) al Bando, relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

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.