

FAC SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

PER MEDICI RESIDENTI IN REGIONE LIGURIA

Al Direttore
S.C. Aggiornamento e Formazione Asl3
Via Bertani 4
16125 Genova

OGGETTO: Iscrizione al Corso di formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui in ultimo alla D.G.R. n. 1148 del 18/11/2022.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ provincia _____

Via _____ n° _____ CAP _____

(se diverso dalla residenza) domiciliato/a in _____ provincia _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Chiede di essere ammesso/a alla partecipazione del corso di cui all'oggetto e a tal fine, ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. n° 445/2000, dichiara:

→ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____

→ di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di _____

con il n° _____

→ di essere titolare di incarico nei servizi di continuità assistenziale con la seguente modalità:

- a tempo indeterminato
- annuale
- sostituto
- inserito in graduatoria REGIONALE
- inserito in graduatoria AZIENDALE

presso _____ dal _____

→ di essere in possesso del Diploma del Corso Triennale di Formazione specifica in Medicina Generale conseguito in Regione _____ in data _____

→ **di essere consapevole che la frequenza al corso non può essere concomitante con la frequenza al Corso Triennale di Formazione specifica in Medicina Generale**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente corso venga trasmessa ai seguenti recapiti:

Cellulare _____

Eventuale altro cellulare _____

Telefono abitazione _____

Indirizzo mail: (**SCRIVERE SOLO IN STAMPATELLO MAIUSCOLO**)

Mail _____

Eventuale altro indirizzo Mail _____

Il/La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di recapito telefonico, mail e di residenza.

Si allega, a corredo della presente istanza, fotocopia di documento di identità valido

NOTE:

Data _____

Firma _____

N.B.: la presente va spedita, a mezzo raccomandata all'indirizzo
S.C. Aggiornamento e Formazione Asl3 Via Bertani 4, 16125 Genova
o tramite PEC a protocollo@pec.asl3.liguria.it