

**FAC SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO**

**PER MEDICI non 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 \_\_\_\_\_

E 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 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 fatta 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.

Il/la sottoscritto/a, è consapevole che l'ammissione al Corso, prioritariamente riservato ai candidati residenti in Regione Liguria, comporta l'accettazione a "svolgere il tirocinio presso le strutture della Regione Liguria."

**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](mailto:protocollo@pec.asl3.liguria.it)**