

PER NON RESIDENTI IN REGIONE LIGURIA

Al Direttore
S.C. Aggiornamento e Formazione
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

La presente dichiarazione sostitutiva viene resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000.

OGGETTO: Iscrizione corso di formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui alla delibera di G.R. n. 64 del 29/1/2010

Il/La sottoscritt _____

Nat_ il _____ a _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

chiede di essere ammess_ al corso di cui all'oggetto ed allega, a corredo della presente istanza, fotocopia di documento di identità valido ed idoneo.

A tal fine dichiara di essere di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ e di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurgici e Odontoiatri di _____ n. _____

Dichiara inoltre di essere/non essere:

titolare di incarico nei servizi di continuità assistenziale

Presso _____

A decorrere dal _____

incaricato (sostituto) nei servizi di continuità assistenziale

Presso _____

A decorrere dal _____

FAC SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

ISCRIZIONE CORSO MEDICI EMERGENZA TERRITORIALE NON RESIDENTI

inserit_ nella graduatoria regionale per continuità assistenziale

con il seguente punteggio_____ (anno _____)

non inserit__ nella graduatoria regionale per continuità assistenziale.

Qualora lo spazio non risultasse sufficiente si prega utilizzare il campo "NOTE" in calce alla presente istanza.

Il/la sottoscritt., è consapevole che l'ammissione al corso , prioritariamente riservato ai candidati residenti in Regione Liguria, comporta l'accettazione **ad espletare integralmente il tirocinio presso le strutture sanitarie della Regione Liguria."**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente corso sia indirizzata al seguente indirizzo:

(si prega scrivere in modo leggibile)

Via _____

CAP_____ Città_____

Telefono_____ Cellulare_____

e-mail_____

Il/La sottoscritt_ si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

NOTE:

Data_____

FIRMA_____

N.B: il presente corso non è compatibile con la frequenza concomitante al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale