

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 corso di formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui alla delibera di G.R. n° 29 DEL 20/01/2017

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 dichiara ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. n° 445/2000:

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

e 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 informato 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(1)_____

Eventuale altro cellulare_____

Telefono abitazione _____

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

Mail (1)_____

Eventuale altro indirizzo Mail_____

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

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.***

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 pre- stampato