

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 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
- sostituito
- 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 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- **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(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.

**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**