

All'Azienda U.S.L. di Bologna
UO Processi Amministrativi Cure Primarie
PEC : convenzioni.nazionali@pec.ausl.bologna.it

Il/La sottoscritt _____
(**cognome** – scrivere in stampatello) (**nome** – scrivere in stampatello)

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL
CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA
TERRITORIALE PRESSO L'AUSL DI BOLOGNA, AUSL DI FERRARA E AUSL DI MODENA
ANNO 2025**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti scrivendo in stampatello)

di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

di risiedere a _____ Cap. _____ Prov. _____

In Via _____ n.° _____ Cell. _____

PEC (obbligatoria) _____

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. _____

Cittadinanza del seguente Stato _____ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art.

38 c. 1 e c. 3bis del DLGS 165/01 e s.m.i.: _____

che l'indirizzo PEC al quale devono essere fatte eventuali comunicazioni è il seguente (*scrivere in stampatello*):

di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con votazione _____;

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Medici Chirurghi della Prov. di _____ dal ____/____/____ al n. _____;

di essere incaricato nel settore della Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL di _____
dal ___/___/___ a tutt'oggi;

di essere iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale anno 2025 con punti: _____

di essere stato incaricato nel settore della Continuità Assistenziale:

- presso l'Azienda USL di _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- presso l'Azienda USL di _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- presso l'Azienda USL di _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;

di essere iscritto al Corso di formazione specifica in Medicina Generale – triennio _____
sede di _____

di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____
Università di _____ anno di corso _____

Altro: _____

di allegare alla presente il curriculum formativo e professionale e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

di essere consapevole che in caso di mancata attivazione presso questa AUSL (Bologna, Ferrara e Modena) la preferenza di assegnazione della sede del corso MET è la seguente:

1ª scelta:

2ª scelta:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (DPR n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto, preventivamente ammonito circa la responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

DICHIARA

che tutte le copie dei titoli allegati sono conformi all'originale;

che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.

DATA _____ firma leggibile e per esteso _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'