Allegato al D.A. n 574 del 14.05.2024

Fac-simile domanda

Inviare a mezzo portale dedicato

Il/La sottoscritto/a _____

(Cognome e Nome)

nato/a _____ Provincia _____

il _____ e residente a _____

(provincia di _____) in via/piazza _____

n. civico _____ CAP _____ telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

PEC _____ E-MAIL _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2024/2027 di cui al D.lgs. n.368 del 17.8.1999, indetto da codesta Regione con D.A.n. _____ del _____.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere:

- ☐ cittadino italiano
- ☐ cittadino di altro Stato membro dell'Unione Europea _____

(*indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)*

2. di essere cittadino _____

(*indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)*

non avente cittadinanza di Stato membro UE, di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE

(indicare la cittadinanza del familiare)

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D.lgs. 165/2001:

- ☐ titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il_____;

☐ titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei rilasciato dalla Questura di _____il_____;

3. di essere cittadino _____ *(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)*

non avente cittadinanza di Stato membro UE in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D.lgs. 165/2001:

☐ titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di _____ il_____

☐ titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il_____

☐ titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di_____ il_____

4. ☐ di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)

presso l'Università di _____

con votazione _____/_____ (specificare se su base 100 o 110)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero:

☐ di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____del _____,

☐ oppure di aver avviato la relativa procedura per il riconoscimento presso la competente Autorità, in data _____ prot. _____

☐ di non essere ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Qualora il candidato non sia ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i) del Bando,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il requisito del diploma di laurea deve essere posseduto entro il giorno antecedente la data del concorso, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso**;
- di impegnarsi a presentare alla Regione Sicilia entro giorno antecedente la prova concorsuale, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso,** apposita dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, recante: il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito e la votazione ottenuta**.**

5.

☐ di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito:

presso l'Università di _____ il _____

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

☐ di NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;

☐ di essere in possesso di laurea abilitante ai sensi dell'art 102 della L. 27/2020;

6.

a. ☐ di essere iscritto/a all'albo dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana di _____ con il numero _____;

b. ☐ di NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (lettere e ed f, art. 3, comma 4 del Bando), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera i del Bando,

dichiara

di essere a conoscenza che i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di Dicembre 2024, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione, prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui alla lettera f) dell'Art. 3 comma 4 del Bando, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare a mezzo PEC - dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it - eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

7. di aver eseguito il pagamento del contributo alle spese generali del Concorso, di € euro cinquanta/00 (€ 50/00) (di cui allega copia della ricevuta di pagamento) mediante versamento sul c.c. IBAN IT61 F6230046090000155431 25 intestato a ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PALERMO- SCUOLA MEDICINA GENERALE indicando nella causale "partecipazione al Concorso per l'ammissione al C.F.S.M.G. della Regione Sicilia 2024-2027".

8. di avere diritto all'applicazione:

a) ☐ della L. 104/92 e in particolare:

_____

_____

(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali condizioni sopraggiunte rilevanti ai fini dell'organizzazione della prova di concorso;

b) ☐ della L. 170/2010 e ss.mm.ii (DSA) e in particolare richiede l'utilizzo delle seguenti misure compensative previste dal bando:

☐ tempo aggiuntivo del 30%,

☐ calcolatrice non programmabile e non scientifica (da procurarsi a cura del candidato).

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente Bando di concorso e in particolare quanto previsto in relazione al possesso dei requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione all'albo di un

Fac-simile domanda

Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana entro la data di avvio ufficiale del corso triennale di formazione.

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del presente bando
- di

☐ non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca;

☐ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca

_____

(se sì indicarne tipologia e sede universitaria)

☐ non essere dipendente di ente pubblico o privato;

☐ essere dipendente di ente pubblico o privato;

_____

(se sì indicare quale ente/azienda)

- di aver preso visione dell'informativa, di cui al comma 2 Art. 6 del Bando ,al seguente link: http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_Altricontenuti/PIR_PRIVACYESICUREZZA relativa al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio: città _____ (provincia di _____)

Via/Piazza _____ n. civico _____ c.a.p. _____

recapiti telefonici:

telefono fisso _____ cellulare _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Data: _____

Firma

_____

NOTA BENE: *ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.*