

Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per le Attività

Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Servizio 2 "Formazione"

OGGETTO: Accesso in soprannumero al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale relativo agli anni 2026-2029 indetto dalla Regione Siciliana.

Il /la sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Recapito Cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_

CHIEDE

Ai sensi della Legge n° 401 del 29/12/2000, di essere ammesso/a in soprannumero al Corso Triennale di formazione specifica in Medicina Generale anni 2026-2029, di cui al D.Legs 17 agosto 1999, n 368 s.m.i., indetto dalla Regione Siciliana.

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/a italiano/a.
2. Di essere iscritto/a al corso di laurea in Medicina e Chirurgia nell'anno Accademico \_\_\_\_\_, antecedente al 31/12/1991.
3. Di essere in possesso del seguente titolo di studio: Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_.
4. Di non aver presentato domanda di ammissione in soprannumero in altre Regioni o Province autonome.
5. Di essere in possesso del Diploma di abilitazione all'esercizio professionale in Medicina e Chirurgia conseguito presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.
6. Di essere iscritto/a all'Albo professionale dell'ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ad oggi.
7. Di prestare attualmente la propria attività professionale in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati: Copia Fotostatica del Documento di Riconoscimento