

Allegato A1)

Inviare via PEC all'indirizzo:

regionemolise@cert.regione.molise.it

Alla Regione MOLISE

Direzione Generale per la Salute

Servizio, Risorse Umane del SSR,  
Formazione, ECM

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 2023/2026 di cui al D. Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., indetto da codesta Regione con D.G.R. 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. n. 165/2001 e ss. mm. ii.:

- 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. n. 165/2001 e ss. mm. ii.:

- 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 entro il giorno antecedente la data del concorso a mezzo PEC al seguente indirizzo: [regionemolise@cert.regione.molise.it](mailto:regionemolise@cert.regione.molise.it), apposita dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, contenente 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, **pena il non inserimento nella graduatoria unica regionale e la conseguente non ammissione al corso stesso.**

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. n. 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 dichiara di non essere in possesso dell'abilitazione e/o dell'iscrizione all'ordine (art. 3, comma 4, lettere e) e f) 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 febbraio 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 all'art. 3, comma 4, lettera f) del Bando, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare alla Regione Molise eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

7. di avere diritto all'applicazione:

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

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

b)  della L. n. 170/2010 e ss.mm.ii (DSA) e in particolare

*(specificare misure compensative e/o tempi aggiuntivi)*

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

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 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 si indicarne tipologia e sede universitaria)*

▪ di aver preso visione dell'informativa, Allegato A2) al Bando, 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.