

Allegato 2

Raccomandata a.r. / pec

Al Dr. Cosimo Francesco ZURZOLO
Referente Unico SEU 118 - Centrale Operativa
ASP Catanzaro
Viale Pio X°
c/o Palazzina Poliambulatori AOPC
88100 CATANZARO

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a Prov. il
Codice Fiscale:
residente a Prov. Cap.
Via/Piazza n° civ.....

CHIEDE

di poter partecipare al XII Corso di Formazione per l'Idoneità dei medici all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, pubblicato sul BUR della Regione Calabria parte III, n° del

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

- di essere nato/a a (.....) il
- di essere cittadino italiano.....
- di godere dei diritti politici
- di essere residente a
in Via n. Cap
- Tel., Cell., e- mail
- di essere di stato civile
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito presso l'Università diin data
- posizione (.....) e punteggio (.....). nella graduatoria regionale di medicina generale
- se titolare di incarico di Continuità Assistenziale data di inizio rapporto e 'Azienda Sanitaria:
-;
- di essere iscritto all'Albo ¹.....
della provincia di.....dal al numero:
- di essere/non essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie del profilo da ricoprire;

1

che il proprio codice fiscale è il seguente: _____

Chiede che ogni comunicazione inerente la domanda venga inviata al seguente indirizzo:

.....

residente a

in Via n. Cap

Tel., Cell., e- mail

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni in ordine ai dati riportati nella domanda, ed a variazioni di indirizzo, sollevando l'Azienda da ogni responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

Allega:

1. Copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità;
2. Curriculum formativo e professionale, dettagliato e aggiornato, firmato e datato.

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)