

ASL BA  
U.O. G.A.P.C.  
Lungomare Starita, 6  
70123 B A R I

Oggetto: **Domanda di ammissione al Corso di Formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza sanitaria territoriale**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_, presa visione del Bando pubblicato sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

chiede

di essere ammesso/a al Corso di Formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza sanitaria territoriale

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;

b) Di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

c) Di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

d) di essere incluso/a nella graduatoria regionale di medicina generale anno 2011 al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

e) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ e di non essere incluso/a nella graduatoria regionale anno 2011;

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella Continuità assistenziale ASL \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e Data

Firma non autenticata leggibile