

All'Azienda USL della Valle d'Aosta

S.C. Sviluppo delle Risorse Umane,  
Formazione e Relazioni Sindacali  
Via Guido Rey, n.1  
11100 Aosta

PEC protocollo@pec.ausl.vda.it

**Domanda di partecipazione al bando pubblico per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale dell' Azienda USL della Valle d'Aosta – anno 2019/2020.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI PARTECIPARE**

**AL CORSO PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO L'AUSL DELLA VALLE D'AOSTA AI SENSI DELL'ART. 92 DELL'ACN VIGENTE**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**DICHIARA**

*(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti fornendo i dati richiesti scrivendo in stampatello)*

di essere in possesso della cittadinanza italiana;

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. \_\_\_\_\_

cittadinanza del seguente Stato \_\_\_\_\_ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38 c. 1 ec. 3bis del DLGS 165/01 e s.m.: \_\_\_\_\_

di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_  
con votazione \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Prov. di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

di essere incaricato nel settore della Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL della Valle  
d'Aosta dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a tutt'oggi

di essere iscritto nella graduatoria regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale della Regione  
autonoma della Valle d'Aosta ( BURVDA n.54 del 18/12/2018) in vigore alla data della  
pubblicazione del bando con punti: \_\_\_\_\_

di non essere iscritto a un corso di specializzazione in qualsiasi disciplina

di non essere iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale

di accettare di versare la CAUZIONE richiesta in caso di partecipazione al corso

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (DPR n. 445 del 28/12/200 e s.m.i.)**

Il sottoscritto, preventivamente ammonito circa la responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

#### **DICHIARA**

che tutte le copie dei titoli allegati sono conformi all'originale;

di autorizzare ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196 del 20/06/2013, così come modificato dal D.Lgs. 10/08/2018 n.10 il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità e gli adempimenti inerenti lo svolgimento del corso.

Il/La sottoscritto/a....., si impegna ad accettare incondizionatamente quanto disciplinato dal Bando e ad espletare integralmente il tirocinio presso le Strutture e i Servizi dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Il/la sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di recapito telefonico, mail e di residenza.

DATA \_\_\_\_\_ firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_

**Note - La domanda dovrà pervenire entro e non oltre la data indicata nel Bando ed essere corredata dai seguenti documenti:**

- a) **Elenco corsi di perfezionamento come da allegato n. 3 del Bando**
- b) **Fotocopia della carta d'identità in corso di validità**