

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