

**DOMANDA D'ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE TRIENNIO 2025-2028 AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA LEGGE DEL 29 DICEMBRE 2000, N.401**

Inviare via PEC all'indirizzo:

PEC: [avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it)

Alla Regione Calabria

Dipartimento Salute e Welfare

Settore n.1 Personale e Professioni Del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario Formazione  
Ecm- Medicina Convenzionata-Continuità Assistenziale

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 corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2025/2028 di cui all'art. 3 della legge del 29 dicembre 2000, n.401 ss.mm.ii,

**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)

☐ cittadino non UE equiparato

\_\_\_\_\_  
(indicare la cittadinanza)

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. 165/2001:

☐ 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. 165/2001:

☐ 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:

☐ essere in possesso del decreto di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

☐ non essere ancora in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

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 \_\_\_\_\_

- ☐ NON essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale;
- ☐ essere in possesso di laurea abilitante ai sensi dell'art 102 della L. 27/2020;

6. di:

- ☐ essere iscritto/a all'albo dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri della Repubblica Italiana di \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_;
- ☐ NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

7. 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)*

Il sottoscritto dichiara inoltre:

8. di essere iscritto al corso universitario di laurea di medicina e chirurgia nell'Anno accademico \_\_\_\_\_ antecedente al 31 dicembre 1991;

9. di non avere presentato domanda di ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione o Provincia autonoma e di impegnarsi a non presentarla entro la scadenza del presente avviso;

10. che in caso di ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale, si impegna sin da ora ad eliminare le eventuali cause di incompatibilità;

*(la seguente dichiarazione è obbligatoria)*

☐ Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) ..... quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e Data:

FIRMA DELL'INTERESSATO

\_\_\_\_\_

**Si allega la seguente documentazione:**

- ☐ informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 (da restituire sottoscritta);
- ☐ fotocopia di un documento d'identità del richiedente;

Luogo e Data:

FIRMA DELL'INTERESSATO