

FAC SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

ISCRIZIONE CORSO MEDICI EMERGENZA TERRITORIALE RESIDENTI

PER RESIDENTI IN REGIONE LIGURIA

Al Direttore
S.C. Aggiornamento e Formazione
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

La presente dichiarazione sostitutiva viene resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000.

OGGETTO: Iscrizione corso di formazione per Medici da adibire ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui alla delibera di G.R. n. 64 del 29/1/2010

Il/La sottoscritt _____

Nat_ il _____ a _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

chiede di essere ammess_ al corso di cui all'oggetto ed allega, a corredo della presente istanza, fotocopia di documento di identità in corso di validità.

A tal fine dichiara di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ e di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di _____ n. _____

Dichiara inoltre di essere/non essere:

titolare di incarico nei servizi di continuità assistenziale

Presso _____

A decorrere dal _____

incaricato (sostituto) nei servizi di continuità assistenziale

Presso _____

A decorrere dal _____

FAC SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

ISCRIZIONE CORSO MEDICI EMERGENZA TERRITORIALE RESIDENTI

inserit_ nella graduatoria regionale per continuità assistenziale

con il seguente punteggio _____ (anno _____)

non inserit_ nella graduatoria regionale per continuità assistenziale.

Qualora lo spazio non risultasse sufficiente si prega utilizzare il campo "NOTE" in calce alla presente istanza.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente corso sia indirizzata al seguente indirizzo:

(si prega scrivere in modo leggibile)

Via _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

Il/La sottoscritt_ si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

NOTE:

Data _____

FIRMA _____

N.B: il presente corso non è compatibile con la frequenza concomitante al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale