

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2015. 0205022 25/03/2015 10,37

Mitt. : MORABITO PASQUALE

Ass. : UOD Personale del SSR

Classifica : 52.4. Fascicolo : 108 del 2015



(Allegato A1)

in maniera leggibile)

la Regione Campania

Il sottoscritto MORABITO PASQUALE

(Cognome e Nome)

nato/a NAPOLI (provincia di) Stato ITALIA il 08-08-1967codice fiscale MRS PRL 67708 F839 De residente a ARLANDO(provincia di NA) in via/Piazza A. MANZONI n. civico 18c.a.p. 80022, telefono 0815735766 cellulare 3928581859indirizzo e-mail titonapoli67@libero.it
PASQUALE MORABITO - NFOYE NA.ONCEO.IT

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2015/2018 di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i..

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

_____;
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)

2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico

1987 (prima del 31/12/1991);

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il

16/10/1997

(gg/mm/anno)

presso l'Università di NAPOLI FEDERICO IIcon la votazione di 37/110 (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

4. di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia autonoma;

5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il

12/2/1998 (gg/mm/anno) ovvero nella sessione II^a 1997 (indicare sessione ed anno) presso l'Università di NAPOLI FEDERICO II^a

6. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di

NAPOLI
dal 26/1/1998 (gg/mm/anno);

7. di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina generale: Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

8. di aver effettuato i seguenti periodi di attività nel campo delle cure primarie (incarico a tempo determinato di medico di assistenza primaria, di continuità assistenziale, di medicina dei servizi, di assistenza turistica e attività territoriali programmate) (specificare le date di inizio e fine dei singoli periodi):

9. di **NON ESSERE** iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se si indicare quale)

_____;

10. di avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 e in particolare:

(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente avviso.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città ARIANO

(provincia di NA) in via/Piazza A. MANZONI n. civico 18

c.a.p. 80022, telefono 0815935744 cellulare 3929581859,

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Campania al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso e autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione Campania unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data 20/03/2015

Firma

Rosario Nicolosi

NOTA BENE: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità.

Cognome.....**PORABITO**.....
 Nome.....**PASQUALE**.....
 nato il.....**08-09-1967**.....
 (atto n.....**00512**.....**1**.....**S**.....**A 1967**)
 a.....**NAPOLI (NA)**.....
 Cittadinanza.....**Italiana**.....
 Residenza.....**ARZANO (NA)**.....
 Via.....**A. MANZONI 10**.....
 Stato civile.....**CONIUGATO**.....
 Professione.....**MEDICO**.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....**175**.....
 Capelli.....**Castani**.....
 Occhi.....**Castani**.....
 Segni particolari.....



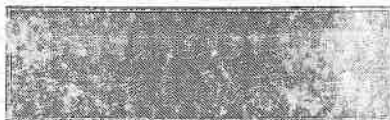
Firma del titolare.....*Pasquale Porabito*.....
 ARZANO.....li.....**23-01-2007**.....
 IL SINDACO
 Ordine del Sindaco
 L'ufficiale di Anagrafe
Pasquale Rubio
[Signature]

Scadenza : 22-01-2012
Diritti : 5,42

VALIDITA' PROROGATA AI SENSI
DELL'ART. 31 DEL D.L. 150/2001
N° 12 FINO AL 22-01-2017

23-2-2013

AN 0871932



IPZS - OFFICINA C.V. ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI

ARZANO

CARTA D'IDENTITA'

N° AN 0871932

DI

MORABITO PASQUALE