

(Allegato A1)

(Scrivere in maniera leggibile)

Alla Regione Campania

Il sottoscritto DE SIMONE GENNARO

(Cognome e Nome)

nato/a NAPOLI (provincia di NA) Stato ITALIANO il 05/02/1958

codice fiscale DSM GNR58B05F83SM

e residente a NAPOLI

(provincia di NA) in via/Piazza VIALE DELLO ZODIACO n. civico 5/M

c.a.p. 80144, telefono 081/7374686 cellulare 338/7513262

indirizzo e-mail den58@libero.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., indetto da questa Regione con Decreto Dirigenziale n. 18 del 5/03/2013.

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

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

1976/77 (prima del 31/12/1991);

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

28/10/1991

(gg/mm/anno)

presso l'Università di NAPOLI - EX 1° FACOLTÀ - ATTUALE SUN

con la votazione di 105/110 (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;

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2015. 0212687 27/03/2015 10,28

Mitt. : DE SIMONE GENNARO

Ass. : UOD Personale del SSR

Classifica F 52.4. Fascicolo : 104 del 2015



5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il 12/01/1992 (gg/mm/anno) ovvero nella sessione SECONDA ANNO 1991 (indicare sessione ed anno) presso l'Università di NAPOLI - EX 1<sup>a</sup> FACOLTA' (MEDICINA)

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

NAPOLI  
dal 18/03/1992 (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):

INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.  
- dal 01/04/1999 al 31/5/1999; dal 01/07/99 al 30/09/1999; dal 01/11/99 al 31/01/2000;  
- dal 01/05/2001 al 31/5/2001; dal 01/7/2001 al 30/09/2001; dal 01/11/2001 al 31/1/2002;  
- dal 01/03/2000 al 31/5/2000; dal 01/7/2000 al 30/09/2000; dal 1/11/2000 al 31/1/2001;  
- SOSTITUZIONE IN MEDICINA DI ASSISTENZA PRIMARIA dal 3/12/99 al 31/1/1999; dal 3/4/99 al 25/9/99; dal 30/11/99 al 23/8/00; dal 5/11/00 al 25/11/00; dal 3/12/00 al 31/12/00; dal 8/7/2000 al 30/7/2000;  
dal 24/1/2000 al 25/8/2000.

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 NAPOLI

(provincia di NA) in via/Piazza VIALE DELL'ERO DIACO n. civico 5/M

c.a.p. 80144, telefono 081/7374586 cellulare 338/7513262 348/5837757

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 25/03/2015

Firma

francesco de Luca

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

Cognome **DE SIMONE**  
 Nome **GENNARO**  
 nato il **05/02/1958**  
 (atto n. **96** P. **1** S. ....)  
 a **NAPOLI (NA)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **NAPOLI (NA)**  
 Via **VLE DELLO ZODIACO, 5 / M**  
 Stato civile **DI STATO LIBERO**  
 Professione **OMESSO ART. 35 DPR 50/5/99 N. 222**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **1.77**  
 Capelli **Brizzolati**  
 Occhi **Verdi**  
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Fiorenzo Amabile*  
**NAPOLI (NA)** li **22/09/2010**  
 IL SINDACO  
 Impronta del dito indice sinistro  
**PIRENZO AMABILE**  
 ISTRUTTORE AMM.VO




SCADENZA **21/09/2020**  
**AS 6687804**

IP.Z.S. SpA - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
 NAPOLI

CARTA D'IDENTITA'  
 N° AS 6687804

DI  
 DE SIMONE  
 GENNARO