

16 APR. 2015

REGIONE CAMPANIA
Prot. 2015. 0270597 20/04/2015 15,25
Mitt. : GALDI VINCENZO
Ass. : UOD Personale del SSR
Classifica : 52.4. Fascicolo : 107 del 2015



Alla Regione Campania
Regione Generale Per la Tutela della Salute
Pianificazione del Sistema Sanitario Regionale
Personale del Servizio Sanitario Regionale -
Centro Direzionale di Napoli, Isola C 3
80143 - N A P O L I

Oggetto: Istanza di ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina generale della Regione Campania relativo agli anni 2014 – 2017 ai sensi dell' art. 3 della Legge n. 401 del 29/12/2000

Il sottoscritto dott. GALDI VINCENZO nato a Salerno (SA) il 14/07/1962 Codice Fiscale GLD VCN 62L14 H703E e residente a Salerno (SA) alla Via Giovanni Margotta, 21 – Cap 84127 Telefono: 089796849 – Cellulare: 3347510893 indirizzo email: galdienzo@tiscali.it

CHIEDE

di essere ammesso in soprannumero al Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale indetto da codesta Regione relativamente agli anni 2014 – 2017 ai sensi dell' art. 3 della Legge n. 401 del 29/12/2000 che consente ai laureati in Medicina e Chirurgia, iscritti al corso universitario di laurea prima del 31/12/91 ed abilitati all' esercizio professionale, di essere ammessi, **a domanda**, ai corsi di formazione specifica in Medicina Generale in soprannumero e senza beneficio della borsa di studio.

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;
2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia anteriormente al 31/12/1991 e specificatamente nell' anno accademico 1981-82;
3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito in data 15/12/98 presso la Seconda Università degli Studi di Napoli con la votazione 94/110;
4. di non aver presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia autonoma;
5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all' esercizio della professione di medico-chirurgo conseguito nella I Sessione dell' anno 1999 presso la Seconda Università degli Studi di Napoli;
6. di essere iscritto nell' albo dei medici – chirurghi presso l' Ordine dei medici – chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Salerno dal 05/07/1999 al numero 8495.

7. di non essere iscritto ai corsi di specialità di medicina e chirurgia.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo

Via Giovanni Margotta, 21 - 84127 Salerno (SA)

Telefono: 089796849 – Cellulare: 3347510893 indirizzo email: galdienzo@tiscali.it

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.

In caso di accoglimento della presente istanza, il sottoscritto si vedrà costretto ad adire, senza indugio, le vie legali con tutte le conseguenze del caso in ordine alla fattispecie prevista dalla Legge n. 20 del 1994 (**responsabilità del dipendente verso la Pubblica Amministrazione per danno erariale**).

Salerno, 14/04/2015

Firma


Allega, alla presente istanza, copia fotostatica non autenticata del proprio documento di identità n. AR 4709695 rilasciata dal Comune di Salerno in data 24/05/2010.

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA

Codice Fiscale **GLDVCN62L14H703E** Data di scadenza **21/04/2018**

Cognome **GALDI** Sesso **M**

Nome **VINCENZO**

Luogo di nascita **SALERNO**

Provincia **SA**

Data di nascita **14/07/1962**

FIRMA

[Handwritten signature]

Cognome **GALDI**

Nome **VINCENZO**

nato il **14-07-1962**

(atto n. **2068** p. **1** s. **A**)

a **SALERNO** (**SA**)

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **SALERNO**

Via **VIA MARGOTTA GIOVANNI, 21 int. 8**

Stato civile **----**

Professione **MEDICO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,70**

Capelli **CASTANI**

Occhi **CASTANI**

Segni particolari



Firma del titolare *[Handwritten signature]*

SALERNO il **24-05-2010**

Impronta del dito indice sinistro *[Handwritten signature]*

IL SINDACO
Bonaventura De Felice





FIRMA



I.P.Z.S. SpA - OFFICINA C.V. - ROMA



Alla

REGIONE CAMPANIA

Postaraccomandata

Posteitaliane

15.04.2015 08.41
Euro 006.00

ID0150002122527 80143

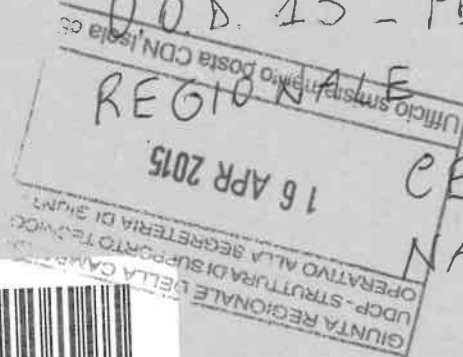
57328 84134 SALERNO 10 (S
A)

1-PT019261



DIREZIONE GENERALE PER LA TUTELA DELLA
SALUTE ED IL COORDINAMENTO DEL SISTEMA
SANITARIO REGIONALE

U.O.D. 13 - PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO



CENTRO DIREZIONALE DI
NAPOLI, ISOLA C3



R



15000212252-7

80143 - NAPOLI

N. B. CONTIENE DOMANDA DI AMMISSIONE IN SOPRANNUMERO AL CORSO
TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE RELATIVO
AGLI ANNI 2014-2017