

08
14-5-15

08/13
6 MAG. 2015

(Allegato A1)

(Scrivere in maniera leggibile)

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2015. 0324903 12/05/2015 10,18
Mitt. : DI FABIO LORELLA

Ass. : UOD Personale del SSR

Classifica : 52.4. Fascicolo : 104 del 2015



Alla Regione Campania
Direzione Generale Per la Tutela della
Salute e il Coordinamento del Sistema
Sanitario Regionale – U.O.D. 13
Personale del Servizio Sanitario
Nazionale
Centro Direzionale di Napoli, Is. C3
80143 - NAPOLI

Il/La sottoscritto/a DI FABIO LORELLA
(Cognome e Nome)
nato/a CASTELLEVITA (provincia di SA) Stato ITALIA il 04/08/1962
codice fiscale DFBLL62M44E069M
e residente a EBOLI
(provincia di SA) in via/~~Piazza~~ APOLLO XI n. civico 54
c.a.p. 84025, telefono 0828332520 cellulare 3397545560,
indirizzo e-mail lorellafabio@gmail.com

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2014/2015 di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da questa Regione con Decreto Dirigenziale n. 41 del 26/03/2014

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:

- ☒ essere cittadino italiano;
2. essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
3. essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente, essendo familiare di un cittadino comunitario (art. 38, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001);
4. essere cittadino non comunitario con permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo CE (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);
5. essere cittadino non comunitario, titolare dello status di rifugiato (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);

6. essere cittadino non ~~comunitario~~, titolare dello status di ~~protezione sussidiaria~~ (art. 38, comma 3-bis, del d.lgs. n. 165/2001);

☒ di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico 1982/83 (prima del 31/12/1991);

☒ di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il 03/11/1992 (gg/mm/anno) presso l'Università di ROMA
"LA SAPIENZA" con la votazione di 104/110 (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

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

☒ di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il 1992 (gg/mm/anno) ovvero nella sessione II^a 1992 (indicare sessione ed anno) presso l'Università di ROMA "LA SAPIENZA"

☒ di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di SALERNO N° 7804
dal 03/05/1993 (gg/mm/anno);

12. 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 _____;

☒ 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):

DAL 1996 al 1999 : INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI

CONTINUITA' ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO;
DAL 1999 AL 2007: INCARICHI DI SOSTITUZIONE DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (SAUT) A TEMPO
DETERMINATO; DAL 2012 AD OGGI: INCARICHI DI SOSTITUZIONE
DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO →

~~14~~ di non essere/ ~~iscritto~~ iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se si indicare quale

_____;

15. 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 EBOLI

(provincia di SA) in via/~~Riviera~~ APOLLO XI n. civico 54

c.a.p. 84025, telefono 0828332520 cellulare 3397545560

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 02/05/2015

Firma

Luella Di Felice

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

Cognome.....DI FABIO.....
 Nome.....LORELLA.....
 nato il.....04/08/1962.....
 (atto n.....28.....S.....)
 a.....CASTELCIVITA (SA).....
 Cittadinanza.....Italiana.....
 Residenza.....EBOLI (SA).....
 Via.....APOLLO XI, 54.....
 Stato civile.....Libera.....
 Professione.....Medico Chirurgo.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....1,62.....
 Capelli.....Castani.....
 Occhi.....Castani.....
 Segni particolari.....=====


 Firma del titolare.....*Lorella Di Fabio*.....
 EBOLI.....09/08/2011.....
 Impronta del dito indice sinistro.....
 LUFFICIALE D'AMMINISTRAZIONE DELEGATO
 - Dott. Annunzio Giuseppe Maccini -

Lorella Di Fabio

