

6 MAG. 2015

2015

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2015. 0324869 12/05/2015 10,13

Mitt.: PAGLIONICO CIRO

Ass.: UOD Personale del SSR

Classifica: 52.4. Fascicolo: 184 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 sottoscritto dott. PAGLIONICO CIRO, nato a NAPOLI prov. di NAPOLI il 15/05/1957
codice fiscale PAGLITC55P8335, residente a NOLA prov. di NAPOLI
In via CASTELLAMARE n. civico 140
c.a.p. 80035, telefono 081/5116031 cellulare 3930536975
indirizzo e-mail uram2.dellarocca2@libero.it PEC CIRO.PAGLIONICO.Z.404@NA.ORGEO.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 31/12/1991 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 specificamente nell'anno accademico 1977-1978
3. Di possedere il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data 16/04/86 presso l'FAC. MED. CHIR. UN. NAPOLI con votazione 98/110
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 della professione di medico-chirurgo conseguito nella IV sessione dell'anno presso l'FAC. MED. CHIR. UN. V. DI NAPOLI
6. Di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Napoli a far data dal 11/03/1987 al numero 22514
7. Di non essere iscritto ad alcun corso di specializzazione presso alcuna Università italiana o estera

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

via CASTELLAMARE n. civico 140 città NOLA prov. di NAPOLI
c.a.p. 80035, telefono 081/5116031 cellulare 3930536975

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.

Napoli, 28/04/2015

Firma

Paglione C. Ro

Alla domanda si allega fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità

Napoli, 28/04/2015

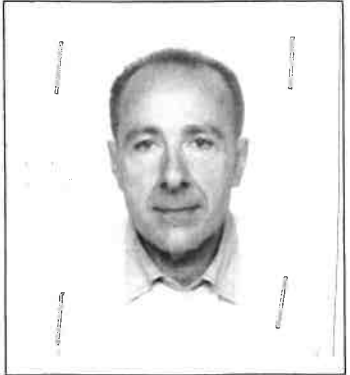
Firma

Refrence Ctr

Cognome.....PAGLIONICO.....
 Nome.....CIRO.....
 nato il.....15/05/1957.....
 (atto n.....3523.....S.....A.....)
 a.....NAPOLI (NA).....
 Cittadinanza.....ITALIANA.....
 Residenza.....NOLA.....
 Via.....CASTELLAMMARE N. 140.....
 Stato civile.....CONIUGATO.....
 Professione.....MEDICO CHIRURGO.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura.....m. 1.76.....
 Capelli.....CASTANI.....
 Occhi.....CASTANI.....
 Segni particolari.....V. FOTO.....



Firma del titolare.....Paglionico Ciro.....
 NOLA.....li.....20/03/2013.....

IL FUNZIONARIO DELEGATO
 Impronta del titolo
 indicativo
 NOLA

Copie conforme all'originale
 28/04/15
 Paglionico Ciro

