

29 APR. 2015

(Allegato A1)

(Scrivere in maniera leggibile)

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2015. 0304407 04/05/2015 15,14
Mitt. : ORSANO COSIMO

Ass. : UO Personale del SSR

Classific. : 52.4. Fascicolo : 107 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 ORSANO COSIMO
(Cognome e Nome)
nato/a BATTIPAGLIA (provincia di SA) Stato ITALIA il 17/02/62
codice fiscale RSN CSR 62B 17A 717 M.
e residente a BATTIPAGLIA
(provincia di SA) in via/Piazza VIA ANDREO AVOGADO n. civico 20
c.a.p. 84091, telefono 0828 371007 cellulare 338 1169389
indirizzo e-mail cosm.orsano@gmail.com

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2014/2018 di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da questa Regione con Decreto Dirigenziale n. 121 del 28/03/2015

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. 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);

7. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico 1981-1982 (prima del 31/12/1991);

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

30/03/2006 (gg/mm/anno) presso l'Università di NAPOLI
SUN. con la votazione di 82/100 (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

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

10. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il 27/03/2006 (gg/mm/anno) ovvero nella sessione II (indicare sessione ed anno) presso l'Università di NAPOLI SUN.;

11. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di SALERNO N° 9471
dal 27/03/2006 (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 _____;

13. 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):

APRILE - MAGGIO 2007 - ASL SA3 GIUGNO - LUGLIO - AGOSTO 2007

OTT. NOV. DIC 2007 GENN. MARZO APRILE MAGGIO 2008
 LUGLIO AGOSTO SETTEMBRE OTTOBRE NOVEMBRE DICEMBRE
 2008 - FEBBRAIO MARZO APRILE MAGGIO GIUGNO LUGLIO 2009
 SETTEMBRE OTTOBRE NOVEMBRE DICEMBRE 2009 GENN. FEBB 2009
 2009 APRILE MAGGIO GIUGNO LUGLIO AGOSTO SETTE 2009 - OTTOBRE DICEMBRE 2009
 GENN. APRILE 2009 - 2010 2011. 2012 - 2013. 2014. APRILE - 2015 APRILE
 14. di non essere/ essere 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 BATTI PAGLIA
 (provincia di SA) in via/Piazza ANDREO BONAORO n. civico 20
 c.a.p. 84091, telefono 0828 371007 cellulare 338 469 389.

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 26/04/2015

Firma
[Firma]

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

Cognome **ORSANO**
 Nome **COSIMÌ**
 nato il **17.02.1962**
 (atto n. **140** P. **1** S. **A. 1962**)
 a **BATTIPAGLIA (SA)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **BATTIPAGLIA**
 Via **VIA AMEDEO AVOGADRO 20 INT. 16**
 Stato civile **---**
 Professione **MEDICO CHIRURGO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **187 cm.**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari

Firma del titolare **Stefano Guiso**
 Battipaglia li **23.01.2013**
 Impronta del dito
 indice sinistro
 IL SINDACO
 D'Ordine del Sindaco
 L'Impiegato Incaricato
Soldato M. L.
Pericolo



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
SATTIPAGLIA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AS 7133257

DI

ORSINO

COSMO



SCADENZA 17/02/2023

Diritti euro: 11,5

AS 7133257

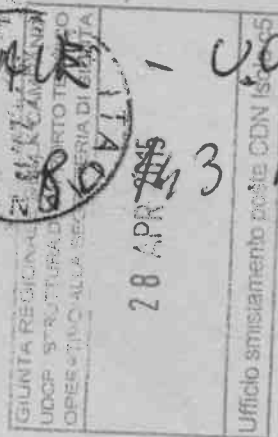
IPZS SPA - OFFICINA CV - ROMA

REGIONE CAMPANIA - DIREZIONE GENERALE

PER LA TUTELA DELLA SALUTE ED IL

COORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO

REGIONALE - U.O.D. 13 - CENTRO DIREZIONALE
IS. C/3 BOVILLI 13 NAPOLI



R



15012653454-1

raccomandata

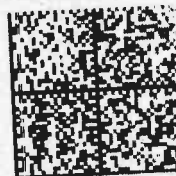
€ 6,00

andata da 80143



4091 BATTIPAGLIA 2 (SA)

Posteitaliane



27.04.2015 16.47