

Da "rosa.matrone.4kup" <rosa.matrone.4kup@na.omceo.it>

A "dg04.uod13@pec.regione.campania.it" <dg04.uod13@pec.regione.campania.it>

Data giovedì 6 agosto 2015 - 15:05

domanda di soprannumero corso di medicina generale 2014-2017

cordiali saluti
Dott.ssa Rosa Matrone

Allegato(i)

domanda di soprannumero corso di mmg 2014-2017.pdf (2145 Kb)



(Allegato A1)

(Scrivere in maniera leggibile)

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

La sottoscritto/a PIATRO NE ROSA
(Cognome e Nome)

nato/a TORRE ANNUNZIATA (provincia di NA) Stato ITALIA il 31-12-1978

codice fiscale MTRRSO F2TF11245F

e residente a ROSSO REALE

(provincia di NA) in via/Piazza VIA G. DE FALCO n. civico 109

c a p. RODGI, telefono 3369906806 cellulare _____

indirizzo e-mail rosamatrone@libero.it

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2014/2017 di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 o s. m. o i., indetto da questa Regione con Decreto Dirigenziale n. 41 del 26.05.2014

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:

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);

5

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

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 1991/1992 (prima del 31/12/1991);
8. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il 16-03-2012 (gg/mm/anno) presso l'Università di SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI con la votazione di 103/110 (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 12/07/12 (gg/mm/anno) ovvero nella sessione I 2012 (indicare sessione ed'anno) presso l'Università di SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI
11. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di NAPOLI dal 20-07-12 (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 _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ conseguita _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ conseguita _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ conseguita _____;

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):

DOTT. MASTROMO P. ASL NA I c.d. 32, dal 13-02-15 al 21-03-15
dal 13-03-15 al 10-04-15; dal 12-05-15 al 29-05-15; dal
13-07-15 al 31-07-15
* vedi allegati

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 CITTELÈ

(provincia di NA) in via/Piazza DE NICOLO n. civico 15

c.a.p. 80030, telefono 334 9906806 cellulare _____

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 05-08-15

Firma
Rosa Alfano

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

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi Art. 47, D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a Matrone Rosa

nato/a a Torre Annunziata prov. di Napoli il 31/12/1972

residente in Boscoreale in Via G. de Falco 109

Avvalendosi della facoltà di autocertificazioni prevista dall' art. 47 del D.P.R..

445 del 28 Dicembre 2000

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

CHE

Ha sostituito nell'attività di Assistenza Primaria i sottoindicati medici, convenzionati con il SSR ed operanti sul territorio della ASL NA3Sud distretto 56 con un numero di utenti superiore a 100,per i periodi a fianco di ciascuno indicati.

Cirillo Maria codice regionale 06460/2 dal 10/12/2012 al31/12/2012,protocollo n°0005407 del 12/12/2012; dal 01/08/2013 al 30/08/2013, protocollo n° 0004126 del28/07/2013; dal 01/08/2014 al31/08/2014,Carotenuto Salomone CR 06209/2 dal 05/08/2013 al 23/08/2013,protocollo n°0004289 del 05/08/2013

LUOGO Napoli

DICHIARANTE

(nome e cognome)

Rosa Matrone

ALLA DR. ssa MATRONE ROSA

Oggetto ATTESTATO STORICO DI SOSTITUZIONE STORICO
DR. MATRONE ROSA

IL DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE DEL DS 49 NOLA ASL NA3 SUD

Vista la richiesta prot. n.3025 del 12/12/2014
Visti gli atti d'Ufficio

ATTESTA

Che la dr.ssa **Matrone Rosa**, nata a Torre Annunziata (NA) il 31/12/72 e residente a Boscoreale (NA) in via Giovanni De Falco 109, ha sostituito nell'attività di Assistenza Primaria i sotto indicati medici, convenzionati con il SSR ed operanti sul territorio di questa ASL con un numero di utenti superiore a 100, per i periodi a fianco di ciascuno indicati:

Medici Titolare	codice	dal	al	prot.	del
FEDELE ENRICO	70368/0	12/11/2012	29/11/2012	4839	12/11/2012
FEDELE ENRICO	70368/0	04/02/2013	22/02/2013	499	5/2/2013
MIRABILE CARMELO	07510/9	26/07/2014	10/08/2014	1854	25/7/2014
MIRABILE CARMELO	07510/9	21/10/2014	07/11/2014	2462	22/10/2014

Si rilascia a richiesta per gli usi consentiti



Direttore del Distretto Sanitario
Dr. A. Finali



FOTO

FIGLI / CHILDREN / ENFANTS (14)

COGNOME / SURNAME / NOM (1)

NOBILITAZIONE / GIVEN NAMES / PRENOMI (2)

SESSO / SEX / SEXE (3) DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE (4)

LUOGO DI NASCITA / PLACE OF BIRTH / LIEU DE NAISSANCE (5)

3



FOTO

COGNOME / SURNAME / NOM (1)

NOBILITAZIONE / GIVEN NAMES / PRENOMI (2)

SESSO / SEX / SEXE (3) DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE (4)

LUOGO DI NASCITA / PLACE OF BIRTH / LIEU DE NAISSANCE (5)

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (10)

BOSCOREALE (ITA-NA)
DE RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (10)

COLORE DEGLI OCCHI / COLOUR OF EYES / COULEUR DES YEUX (11)

MARRONI

STATURA / HEIGHT / TAILLE (12)

167

PROFUGO / CITIZENSHIP OF THE PRESENT / LA QUALITE DU PRESENT PASSEPORT (13) PRESENTE ASSIDUAMENTE

2

Firma del titolare / holder's signature / Copia della firma (14)

Rosa M. T. ...





PER IL MINISTRO
DEI QUESTORE

- Il presente passaporto e' valido per tutti i Paesi i cui Governi sono riconosciuti dal Governo Italiano.
- This passport is valid for all countries whose Governments are recognized by the Italian Government.
- Ce passaport est valable pour tous les pays dont les Gouvernements sont reconnus par le Gouvernement Italien.

QUESTURA DI NAPOLI

Pagina riservata all'autorità / Pagina riservata a las autoridades competentes para expedir el pasaporte / Forbeholdt de pasudstedende myndigheder / Amtliche Vermerke / Προεισφορά για τις αρχές που είναι αρμόδιες για την έκδοση του διαβατηρίου / Page reserved for issuing authorities / Page réservée aux autorités compétentes pour délivrer le passeport / Tagariti / Opmærkingen van bevoegde instanties / Pagina riservata às entidades competentes para emitir o passaporte / Viranomaisista varten / Myndighets noteringar

- (1) - Cognome / Apellidos / Efternavn / Name / Эн-имя / Surname / Nam / Stejno / Nam / Apellidos / Sukunimi / Efternamn
- (2) - Nome / Nombre / Femenin / Vorname / Owoje / Given names / Prezime / Nazivnime (prezime) / Voornamen / Nomen proprius / Etimologi / Femenin
- (3) - Cittadinanza / Nacionalidad / Nationalitet / Staatsangehörigkeit / Račevica / Nationality / Nacionalitate / Nationalitet / Nationaliteit / Nacionalidade / Kansallisuus / Nationalitet
- (4) - Data di nascita / fecha de nacimiento / Fødselsdato / Geburtdatum / Hropevna yevreyev / Date of birth / Date de naissance / Data breithe / Geburtdatum / Date de nascimento / Synymayaksa / Fødselsdato
- (5) - Sesso / Sexo / Ken / Geschlecht / eDjo / Sex / Sexe / Gesl / Geschl / Sexo / Sukupuoli / Kon
- (6) - Luogo di nascita / Lugar de nacimiento / Fødested / Geburtsort / Temng yevreyev / Place of birth / Lieu de naissance / Air bhríthe / Gebortsplass / Local de nacimiento / Synymayaksa / Fødestert
- (7) - Data di rilascio / Fecha de expedición / Utseddelsestidspunkt / Ansettelsestidspunkt / Hropevna eSerev / Date of issue / Date de délivrance / Data eistim / Datum van afgifte / Data de emitido / Myndighet / Utstedt
- (8) - Data di scadenza / Este passaporto expira el / Giltighetsfrist / Gültig bis / Aftryng / Date of expiry / Ce passaport expire le / As ferdum / De geldigheid van dit paspoort eindigt op / Validité de / Vannamen vromsspelepara / Sista giltighetsfrist
- (9) - Autorità / Autoridad / Parusstedende myndighed / Behörde / Aort / Authority / Autorität / Utdrás / Instanse / Autentidade / Viranomaiset / Myndighet
- (10) - Firma del titolare / Firma del order / Indehaverens underskrift / Unterschrift des Passahabers / Yevreyev rau krevev / Holder's signature / Signatura du titular / Samt en tveitthra / Handtekening van de houder / Assinatura do titular / Haldijan fimbriyavas / Inhoudtrent namteekening
- (11) - Residenza / Domicilio / Bopæl / Wohnort / Kerola / Residence / Domicile / Air chrantha / Woonplaats / Domicilio / Korpallak / Hjemort
- (12) - Statura / Taille / Højde / Græsse / Yev / Height / Taille / Aude / Lengte / Alture / Pluus / Lengd
- (13) - Colore degli occhi / Color de los ojos / Øjefarve / Farbe der Augen / Xpçia panuv / Colour of eyes / Couleur des yeux / Oahn na tal / Kleur van de ogen / Cor das ehas / Silmen van / Ogenlung
- (14) - Prolonghe / La validez del presente pasaporte se prolonga hasta / Giltigheden forlænges indtil / Verlängert bis / Repartieren pålyng / Extension of the passport / La validité du présent passeport est prolongée jusqu'au / Pas a atmarshan / Verlængt til / Rencoracio concedida até / Prolongaszi / Forlångningar
- (15) - Figli / Hijos / Børn / Kinder / Padsa / Children / Enfants / Lesnal / Kinderen / fahas / Lapsai / Barn