

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2015. 0627477 21/09/2015 13,24
Mitt. : GRAZIANI GIOCONDA RITA GERARDI...

Ass. : UOD Personale del SSR

Classifica : 52.4. Fascicolo : 108 del 2015



(Allegato A1)

(Scrivere in maniera leggibile)

Alla Regione Campania

II/La sottoscritto/a GRAZIANI GIOCONDA RITA GERARDI
(Cognome e Nome)

nato/a BONIFATI (provincia di CS) Stato ITALIA il 18/12/64

codice fiscale GREGND 64T58A973U

e residente a NAPOLI

(provincia di) in via/Piazza F. DEL GIUDICE n. civico 34

c.a.p. 80138, telefono cellulare 347/9947259

indirizzo e-mail gioconda.gra@gmail.com

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2016/2017 di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da questa Regione con Decreto Dirigenziale n. 30 del 18/2/2010.

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/cittadino

(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)

2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico 1983/84 (prima del 31/12/1991);

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il 24/07/2002
(gg/mm/anno)

presso l'Università di SECONDA UNIVERSITA DI NAPOLI S.U.N
con la votazione di 88/110 (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

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 professionale, conseguito il 11/05/2002 (gg/mm/anno) ovvero nella sessione II (indicare sessione ed anno) presso l'Università di SECONDA UNIVERSITÀ DI NAPOLI
6. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di COSENZA dal 11/03/2003 (gg/mm/anno);
7. 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 IBROLOGIA MEDICA conseguita presso l'Università degli Studi di S.U.N. (NAPOLI) in data 30/10/2004;

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 _____;

8. 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):

* CORSO di perfezionamento: Diagnosi e terapie delle cefalee

* _____

* Master: Medicina d'emergenza

9. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (se sì indicare quale _____);

10. 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 NAPOLI

(provincia di _____) in via/Piazza F. DEL GIUDICE n. civico 34

c.a.p. 80138, telefono 081/455077 cellulare 347/9962259

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 15/06/2015

Firma


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

P.S. Per eventuali comunicazioni o telefoniche
o inviate al seguente indirizzo

VIA V. ALFIERI, 7
87020 BONIFATI
(CS)

cade il 03/04/2013

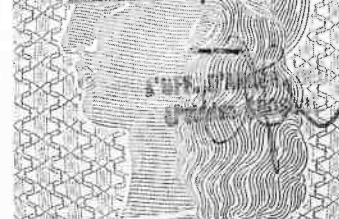
valida prorogata al sensi

art. 31 del D.L. n. 112/2008

valida dalla 03/04/2013

al 03-04-2013

al 03-04-2013



AO6627748

IP.Z.S. SpA - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI

Bonifati

CARTA D'IDENTITÀ

N° AO6627748

DI

Graziani

Gioconda Rita Gerardina

Cognome **Graziani**
Nome **Gioconda Rita Gerardina**

nato il **18/12/1964**

(atto n. **31** P. **I^a** s. **A**)
a **Bonifati** (**Cosenza**)

Cittadinanza **italiana**

Residenza **Bonifati**

Via **Vittorio Alfieri, 7**

Stato civile **=====**

Professione **Medico Chirurgo**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **m. 1,60**

Capelli **Neri**

Occhi **Castani**

Segni particolari **n.n.**



Firma del titolare *Gioconda Rita Gerardina*
Bonifati li **04/04/2008**

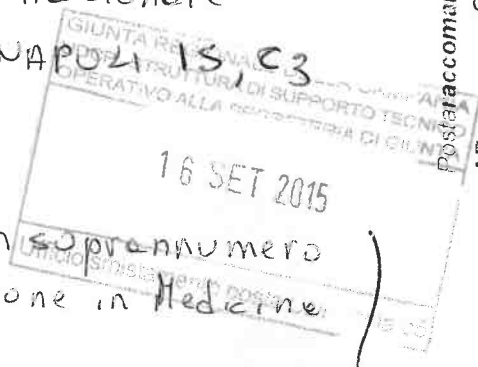
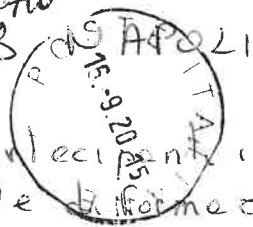


IL SINDACO

[Signature]

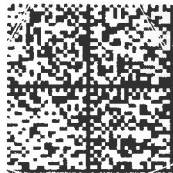
ne Compagnie - Direzione Generale
tutele della salute e il coordinamento
sistema sanitario regionale U.O.B. 13
onale del servizio sanitario nazionale

CENTRO DIREZIONALE DI NAPOLI
VIA PARTINO
80143



ne domenica partecipanti in soprannumero
corso triennale di formazione in Medicina
nerale

Posteitaliane



Posta raccomandata

€ 4,80

AR

Raccomandata da - 80143

