

Istanza certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative - DM 4 giugno 2015



Giunta Regionale della
Campania

SPETT.LE REGIONE CAMPANIA

DIREZIONE SALUTE
CENTRO DIREZIONALE IS C/3

80143 NAPOLI

- Posta Elettronica Certificata
 Raccomandata A.R.
 Raccomandata A.R a Mano
(barrare la casella)

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ via/piazza _____ domiciliat _____
a _____ via/piazza _____
tel _____ email _____ codice fiscale _____
/ / / / / / / / / / / / / / / /

CHIEDE

il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete di Cure palliative ai sensi e per gli effetti del Decreto del Ministero della Salute del 4 giugno 2015 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 250 dell'01.07.2015.

A tal fine 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:

DICHIARA

- di essere in possesso di Laurea in medicina e chirurgia conseguita il _____ c/o _____ con voto ____/____ abilitat_ all'esercizio professionale il _____ iscritt_ all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____ con numero _____ ;
- di essere in possesso di specializzazione in _____ conseguita in data _____ c/o _____ con il voto di ____/____ ;
- di non essere in possesso di specializzazione;
- di essere in possesso dell'esperienza professionale triennale richiesta ai sensi del decreto 4 giugno 2015 ;
- che alla data del 01.01.2014 svolgeva la propria attività presso la seguente struttura pubblica o privata accreditata della rete della Regione CAMPANIA dedicata alle cure palliative _____ ;

d) di rilasciare il consenso al trattamento dei dati, come stabilito dal D. LGS 30.6.2003, N. 196-come da informativa allegata.

Il/La richiedente chiede che eventuali comunicazioni le/gli siano trasmesse al sopraindicato domicilio o al seguente indirizzo:

Nome e Cognome _____

Via _____ n. _____ Cap _____

Comune _____

Provincia _____ n. telefonico _____ cell. _____

Indirizzo mail : _____

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

Il/La richiedente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni successive e riconosce che l'Amministrazione declina ogni responsabilità per eventuali dispersioni di comunicazioni dovute a inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante o da mancata ovvero tardiva comunicazione del cambiamento d'indirizzo nella domanda, nonché per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'amministrazione.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)