

**Alla Direzione generale della Sanità**

**Domanda Coordinatore per le attività didattiche seminariali**

Il/la sottoscritto/a.....

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso per il conferimento dell'incarico di Coordinatore per le attività didattiche seminariali nell'ambito dei corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale, triennio 2024/27, per la sede di  Cagliari  Sassari (barrare una sola sede), ai sensi della Determinazione emanata in data 12/11/2024.

A tal fine,

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti;
- consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni,

sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_;
3. essere medico di medicina generale, convenzionato con il S.S.N. da almeno 5 anni, titolare di almeno 750 scelte ed iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria di una delle Aziende sanitarie della Regione Sardegna;
4. di  essere  non essere in possesso del titolo di Animatore di formazione in Medicina Generale;
5. di  essere  non essere in possesso dell'attestato di partecipazione ai corsi regionali per Tutor di Medicina Generale;
6. di possedere un'esperienza pregressa di coordinamento in Medicina Generale e/o nella formazione medica specialistica universitaria dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (aggiungere righe se necessario);
7. di aver assunto incarichi di docenza nell'ambito dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (indicare giorno/ mese/anno) dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (aggiungere righe se necessario) e nella disciplina di (specificare) \_\_\_\_\_ con n. ore \_\_\_\_\_ (aggiungere righe se necessario);
8. di aver assunto incarichi di docenza universitaria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia (indicare giorno/mese/anno) dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (aggiungere righe se necessario) e nella disciplina di (specificare) \_\_\_\_\_ con n. ore \_\_\_\_\_;
9. di aver assunto incarichi di docenza universitaria presso la Scuola di specializzazione medica di \_\_\_\_\_ (indicare giorno/mese/anno) dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (aggiungere righe se necessario) e nella disciplina di (specificare) \_\_\_\_\_ con n. ore \_\_\_\_\_;
10. di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nell'avviso relativo alla selezione in oggetto;
11. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016.

**Allega i seguenti documenti:**

- **curriculum formativo e professionale in formato europeo e in PDF (max n. 5 pagine), attinente al ruolo messo a bando datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
- **scansione di un documento di identità in corso di validità.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_