

ASL BA

Bando di ammissione al corso di formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale – Errata corrige.

Premesso che:

- sul BURP n. 21 dell'8/02/2018 veniva pubblicato il Bando di ammissione al Corso di Formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL BA;
- nei requisiti richiesti si faceva riferimento alla graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2017;

Considerato che:

- sul BURP n. 9 del 18/01/2018 veniva pubblicata la Graduatoria Regionale di medicina generale definitiva, valevole per l'anno 2018;

Allo scopo di evitare contestazioni sulla Graduatoria Regionale di Medicina Generale di riferimento, si dispone di rettificare il Bando di ammissione al Corso di Formazione per l' idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale della ASL BA, considerando come graduatoria di riferimento quella vigente per l'anno 2018 e di stabilire come nuovo termine di scadenza 15 giorni, che decorrono dal giorno successivo a quello della pubblicazione sul BURP.

Resta fermo e confermato tutto il contenuto del Bando indicato nel BURP n. 21 dell' 8/02/2018.

IL DIRETTORE GENERALE ASL BA
VITO MONTANARO

ASL BA
U.O.G.A.P.C.
Lungomare Starita, 6
70132 B A R I

Oggetto: Domanda di ammissione al Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale

Il/La sottoscritto/a Dr. _____; presa visione del Bando
pubblicato sul BURP n. _____ del _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di Formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale.

A tal fine dichiara ai sensi del DPR 445/2000:

a) di essere nato/a a _____ il _____ c.f. _____;

b) di risiedere nel comune di _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

PEC (obbligatoria) _____

c) di essersi laureato/a in data _____ con voto _____;

d) di essere incluso nella graduatoria di medicina generale della Regione Puglia anno 2018
al posto n. _____ con punti _____;

e) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in
data _____ presso la ASL _____ e di non essere incluso/a nella graduatoria
regionale anno 2018;

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella Continuità Assistenziale ASL _____
a far data dal _____.

Si allega alla presente copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma non autenticata leggibile