

**CE.FOR.MED.**  
CENTRO REGIONALE DI FORMAZIONE  
PER L'AREA DELLE CURE PRIMARIE  
Via Galvani n. 1 – 34074 MONFALCONE (GO)  
Tel .0481-487222-7578 sito web: [www.ceformed.it](http://www.ceformed.it)  
[segreteria.ceformed@ass2.sanita.fvg.it](mailto:segreteria.ceformed@ass2.sanita.fvg.it)  
[ceformed.formazione specifica@ass2.sanita.fvg.it](mailto:ceformed.formazione specifica@ass2.sanita.fvg.it)  
pec: [aas2.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:aas2.protgen@certsanita.fvg.it)



Alla c.a.

OMCEO GO  
OMCEO PN  
OMCEO TS  
OMCEO UD

LORO SEDI

**OGGETTO : ERRATA CORRIGE ALLEGATO A- BANDO DI CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER L'AMMISSIONE AL CORSO TRIENNALE DI FSMG NELLA REGIONE FRIULI - VENEZIA GIULIA RELATIVO AGLI ANNI 2018 – 2021. MODIFICA E RIAPERTURA DEI TERMINI.**

Gentili,

si rende noto che per mero errore materiale il fac-simile di domanda (allegato A al bando di modifica e riapertura dei termini) riporta al punto 6 quanto segue: **“Il sottoscritto, dott. \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che i suddetti requisiti dovranno essere posseduti alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il 31 dicembre 2018, pena la non ammissione al corso.”**

La data del 31 dicembre 2018 è da intendersi **“entro il mese di marzo 2019”** come previsto nel bando.

Si allega il file corretto.

Si prega di darne la massima diffusione agli interessati, ringraziamo per l'usuale e gentile collaborazione.

Cordiali saluti.

Il Dirigente Amministrativo  
*dott. Roberto Visintin*  
(firmato digitalmente)

Allegati: *Allegato A corretto ( fac-simile domanda)*

**(Allegato A)**  
*Fac-simile domanda*  
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

**Inviare via PEC all'indirizzo:**  
**aas2.protgen@certsanita.fvg.it**

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2  
"Bassa Friulana-Isontina" - **CEFORMED**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome e Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_)

Stato \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

(provincia di \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al concorso, per esami, per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2018/2021 di cui al D.lgs n. 368/1999 indetto per la Regione Friuli – Venezia Giulia

**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 di Stato membro dell'Unione Europea \_\_\_\_\_

*(indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)*

2. di essere cittadino \_\_\_\_\_ *(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)* non

avente cittadinanza di Stato membro UE, e di essere familiare di \_\_\_\_\_

*(indicare COGNOME e NOME del familiare)* cittadino di \_\_\_\_\_

Stato membro UE *(indicare la cittadinanza del familiare)* e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.:

- titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_