**Al Presidente**

 **dell’Ordine Provinciale dei Medici**

 **Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta**

 **PEC:** **segreteria.ce@pec.omceo.it**

**OGGETTO: Domanda di partecipazione al bando anno 2023 per la partecipazione al Corso di Formazione “Volumi ed esiti ospedalieri”.**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regolarmente iscritto all’Ordine dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Caserta,

**CHIEDE**

* di essere ammesso/a a partecipare al bando di cui all’ oggetto, per la fruizione del Corso di Formazione “*Volumi ed esiti ospedalieri”,* interamente finanziato dall’Ordine dei medici-chirurghi ed odontoiatri di Caserta.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, cui fa rinvio l’ art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)
* in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all’ Albo dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Caserta dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere in regola con il pagamento delle tasse ordinistiche;
4. di essere in regola con il versamento delle quote dei Fondi previdenziali ENPAM;
5. di essere in regola con il conseguimento dei crediti formativi obbligatori (ECM) previsti per il triennio 2020/22;
6. di non aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età;
7. di non avere procedimenti disciplinari in corso;
8. di aver preso visione e di accettare in modo pieno e incondizionato le disposizioni del presente bando;
9. di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità della presente procedura, così come previsto dal Regolamento (UE) 2016/679;
10. di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo PEC, sollevando l’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario

Inoltre, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Barrare con una (X) o Si/No |
| * Ricoprire il ruolo di Direttore di dipartimento Asl o AORN CE
* - (attualmente in corso)
 |  |
| * Direttore UOC Asl o AORN CE - (attualmente in corso)
 |  |

Specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di aver conseguito la specializzazione in Igiene e Med. Prev. ed equipollenti; specificare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di aver conseguito la specializzazione in Igiene e Med. Prev. ed affini; specificare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ai fini della graduatoria, dichiara di aver conseguito la seguente anzianità professionale o di servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unitamente alla domanda di ammissione al presente Avviso, il/la sottoscritto/a allega, in unico file ed in formato pdf:**

1. curriculum vitae;
2. copia fotostatica fronte/retro – non autenticata- di un documento di identità personale in corso di validità;
3. autodichiarazione relativa al possesso dei titoli dichiarati in domanda;

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_