

**Al Presidente  
dell'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta  
PEC: [segreteria.ce@pec.omceo.it](mailto: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**

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)
- in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_
- e-mail \_\_\_\_\_
- C.F. \_\_\_\_\_
- b) PEC \_\_\_\_\_;
- c) di essere iscritto all' Albo dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Caserta dal \_\_\_\_\_  
con numero di iscrizione \_\_\_\_\_;
- d) di essere in regola con il pagamento delle tasse ordinistiche;
- e) di essere in regola con il versamento delle quote dei Fondi previdenziali ENPAM;
- f) di essere in regola con il conseguimento dei crediti formativi obbligatori (ECM) previsti per  
il triennio 2020/22;
- g) di non aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età;
- h) di non avere procedimenti disciplinari in corso;

- i) di aver preso visione e di accettare in modo pieno e incondizionato le disposizioni del presente bando;
- j) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità della presente procedura, così come previsto dal Regolamento (UE) 2016/679;
- k) 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

\_\_\_\_\_