

### DOMANDA DI AMMISSIONE

al Corso di Alta Formazione per **MEDICI DI BORDO E MEDICI DI BORDO SUPPLEMENTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso/a a frequentare il Corso di Alta Formazione per **MEDICI DI BORDO E MEDICI DI BORDO SUPPLEMENTI**

### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12. 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e, informato su quanto previsto dall'art. 10 della Legge n. 675/1976:

- di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto;
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, in possesso da almeno due anni dell'abilitazione all'esercizio della professione, iscritti agli ordini nazionali;

### DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia del documento di riconoscimento;
- Copia della tessera sanitaria;
- Curriculum vitae datato e sottoscritto;

Il/la sottoscritto/a, con riferimento alle disposizioni di cui al D.Lgs n. 196/03 e Regolamento (UE) 2016/679 GDPR, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, autorizza ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini della partecipazione al Corso di aggiornamento professionale

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_