

AL MAGNIFICO RETTORE

Il sottoscritto (COGNOME E NOME)
matricola n° nato a il
iscritto al anno di corso della Scuola di specializzazione in

DICHIARA

- a) di aver ricevuto incarico di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 2 bis, comma 1, lettera a) del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27 e ss.mm.ii. presso la seguente struttura sanitaria
per il periodo dal al per n. ore settimanali
per lo svolgimento della seguente attività:
- b) di essere stato assunto, ai sensi dell'art. 2 bis, comma 1, lettera b) del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27 e ss.mm.ii. presso la seguente struttura sanitaria facente parte della rete formativa della Scuola di specializzazione
..... per il periodo dal al
per n. ore settimanali per lo svolgimento della seguente attività:
..... e che tale attività è coerente con il progetto formativo deliberato dal Comitato ordinatore/Consiglio della Scuola di specializzazione (allegare delibera o dichiarazione del Coordinatore/Direttore della Scuola di specializzazione in merito alla coerenza con il progetto formativo).
- c) di aver ricevuto incarico di lavoro individuale a tempo determinato, ai sensi dell'art. 2 ter, comma 5, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27, e ss.mm.ii. e dell'art.1, comma 423, L. 30 dicembre 2020 n. 178 presso la seguente struttura sanitaria
..... per il periodo dal al
per n. ore settimanali per lo svolgimento della seguente attività:
- d) di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 2 quinquies, comma 2 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27, e ss.mm.ii. incarico provvisorio o di sostituzione di medico di medicina generale dalla seguente struttura sanitaria
..... per il periodo dal al per n. ore settimanali e per numero assistiti.
- e) di aver ricevuto ai sensi dell'art. 2 quinquies, comma 4 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27 e ss.mm.ii. , incarico provvisorio o di sostituzione di pediatra di libera scelta dalla seguente struttura sanitaria
per il periodo dal al per n. ore settimanali

La presente è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.

Il sottoscritto autorizza l'Università, ai sensi del D.lgs 196/2003, al trattamento dei propri dati personali per le finalità consentite dalla legge.

Data _____ firma _____

Dichiarazione a cura del Coordinatore/Direttore della Scuola di Specializzazione

Dichiaro di aver preso visione di quanto sopra e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali modalità di recupero delle attività formative teoriche e assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Data _____ timbro e firma _____