



DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI

Mod. 1

Decreto Legge del 30 dicembre 2023, n. 215, articolo 4, comma 2 (convertito dalla Legge 23 febbraio 2024, n. 18)

- **Assunzioni con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale** (*articolo 2-bis, comma 3 Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27*)
- **Incarichi provvisori di sostituzione dei pediatri** (*articolo 2-quinquies, comma 4 Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella Legge del 24 aprile 2020, n. 27*)

Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email dal proprio indirizzo istituzionale al seguente indirizzo di posta elettronica:

- segr.specializzazione@uniroma1.it

Al Magnifico Rettore

Il/la sottoscritto/a

Matricola, Cognome, Nome (*scrivere sul rigo qui sopra*)

Telefono

Luogo e data di nascita

Luogo di residenza (Comune, provincia, indirizzo, Cap)

DICHIARA AI SENSI DELL'ART.47 D.P.R. 445/2000

di essere regolarmente iscritto/a al _____ anno di corso nell'a.a. ____ / ____ del seguente corso di specializzazione _____ presso Sapienza Università di Roma con decorrenza contratto _____

DICHIARA ALTRESI' (*barrare la casella di interesse*)

di essere stato assunto/a con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale (articolo 2-bis, comma 3 Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27); dal seguente ente/azienda

del Servizio sanitario nazionale dal _____ al _____ in
qualità di _____

di aver ottenuto un **incarico provvisorio o di sostituzione** dei pediatri di libera
scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale **ai sensi dell'art. 2 quinquies co 4**
Legge 24.04.2020 n. 27 presso _____
dal _____ al _____ con un numero di
assistiti pari a _____

DICHIARA INFINE

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del DPGR n. 679/2016, i dati personali raccolti
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il
quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ Firma _____

Per presa visione

Firma del Direttore della Scuola _____