

DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI

Incarichi di lavoro autonomo di durata non superiore a 6 mesi e incarichi individuali a tempo determinato (articolo 2bis e 2-ter del Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla Legge 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'anno accademico _____ del seguente corso di specializzazione _____ presso Sapienza Università di Roma, con data di decorrenza contratto _____

di aver ottenuto **un incarico di lavoro autonomo di durata non superiore a 6 mesi (articolo 2bis del Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27);**

di aver ottenuto **un incarico individuale a tempo determinato (articolo 2-ter del Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27);**

dal seguente ente/azienda del Servizio sanitario nazionale _____
a partire dal _____ e fino al _____ in
qualità di _____

- 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 _____