

**Modulo da compilare, firmare, scansionare (o in alternativa firmare digitalmente) e inviare a: scuoledispecializzazione@unipa.it**

**Medici in formazione specialistica con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ex art. 1 co.548-bis della legge n. 145 del 30.12.2018 ss.mm. ii - dichiarazione presa di servizio**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Matricola, Cognome, Nome )

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_  
(Comune, Provincia, Indirizzo, Cap)

PEC: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

- di essere regolarmente iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno di corso nell'anno accademico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ del seguente corso di specializzazione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di Palermo;
- di essere stato/a assunto/a a tempo determinato con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ex art. 1 co.548bis della legge n. 145 del 30.12.2018 ss.mm. ii dal seguente ente/azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_;
- di essere informato/a che, ai sensi della L.30 dicembre 2018 n. 145 e ss.mm, non ha diritto, per il relativo periodo, al cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, di cui agli articoli 37 e seguenti del decreto legislativo n. 368/1999;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del GDPR 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 \_\_\_\_\_

**Allegare copia documento identità del dichiarante**