

## DICHIARAZIONE MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA DIPENDENTI SSN

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D. p. r. 445/2000,  
nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati  
non più rispondenti a verità, vincitore su posto riservato in soprannumero ammesso/a alla  
Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ dell'Ateneo  
di Palermo,

dipendente con contratto a tempo determinato

a tempo indeterminato

dell'Ente SSN \_\_\_\_\_ s'impegna  
a comunicare tempestivamente l'eventuale perdita dello status di dipendente dell'Ente  
sanitario ai fini dell'interruzione della frequenza della Scuola, in quanto legata al posto  
riservato (legge 27 dicembre 2017, n. 205).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

---