

AL MAGNIFICO RETTORE

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

DICHIARA

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 _____