

compilare in stampatello, in ogni sua parte, firmare ed inviare, allegando copia del documento di identità, a:  
altaformazione@unige.it e a specializzandi.sanita@unige.it

AL MAGNIFICO RETTORE

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

DICHIARA

di essere stato assunto a tempo determinato, ai sensi della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, articolo 1, comma 548-bis e s.m.i. presso la seguente struttura sanitaria .....

- facente parte della rete formativa della Scuola di specializzazione cui sono iscritto  
 NON facente della rete formativa della Scuola di specializzazione cui sono iscritto, ma facente parte della rete formativa di un'altra scuola di specializzazione della stessa disciplina specificare scuola e ateneo: .....

per il periodo dal ..... al ..... per n. 32 ore settimanali per lo svolgimento della seguente attività: .....

Allegare

- 1) documentazione attestante l'assunzione, su carta intestata della struttura sanitaria
- 2) copia di un documento di identità

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 Direttore della Scuola di Specializzazione***

Dichiaro di aver preso visione di quanto sopra e **mi impegno a fornire tempestivamente il progetto formativo individuale (in caso di assunzione presso struttura non facente parte della rete formativa)** deliberato dal Consiglio della Scuola di specializzazione.

Data \_\_\_\_\_

timbro e firma \_\_\_\_\_