

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

AL MAGNIFICO RETTORE

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) .....  
matricola n° ..... nato a ..... il.....

DICHIARA

1)  di essere iscritto al ..... anno di corso (*soltanto penultimo e ultimo anno*) della Scuola di specializzazione in ..... e di aver ricevuto incarico di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 2 bis, comma 1, lettera a) del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27 e ss.mm.ii. presso la seguente struttura sanitaria del SSN .....  
per il periodo dal ..... al ..... per n. ore settimanali .....  
per lo svolgimento della seguente attività: .....

oppure

2)  di essere iscritto al ..... anno di corso (*soltanto penultimo e ultimo anno*) della Scuola di specializzazione in ..... e di aver ricevuto incarico di lavoro individuale a tempo determinato, ai sensi dell'art. 2 ter, comma 5, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in L. 24 aprile 2020, n. 27, e ss.mm.ii. e dell'art.1, comma 423, L. 30 dicembre 2020 n. 178 presso la seguente struttura sanitaria del SSN .....  
..... per il periodo dal ..... al .....  
per n. ore settimanali ..... per lo svolgimento della seguente attività: .....

oppure

3)  di essere iscritto al ..... anno di corso (successivo al primo) della Scuola di specializzazione in ..... e di aver ricevuto incarico di collaborazione coordinata e continuativa, ai sensi dell'art.12 del D.L. 30 marzo 2023 n. 34 convertito, con modificazioni, in L. 26 maggio 2023 n. 56 presso la seguente struttura .....  
..... per il periodo dal ..... al ..... per n. ore settimanali ..... (massimo 8 ore per incarichi presso i servizi sanitari) per lo svolgimento della seguente attività: .....

***Tale attività e' prestata al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica.***

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 \_\_\_\_\_