

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 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, e ss.mm.e ii., presso la seguente struttura per il periodo dal al per n. ore settimanali (*massimo 8 ore per incarichi presso i servizi sanitari del SSN o strutture private o libero professionali*) 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 _____