

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 aver ricevuto incarico di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 2 bis, comma 1, lettera a) del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27 presso la seguente struttura sanitaria .....  
per il periodo dal ..... al ..... per n. ore settimanali .....  
per lo svolgimento della seguente attività: .....

di essere stato assunto, ai sensi dell'art. 2 bis, comma 1, lettera b) del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27 presso la seguente struttura sanitaria facente parte della rete formativa della Scuola di specializzazione .....  
..... per il periodo dal ..... al ..... per n. ore settimanali ..... per lo svolgimento della seguente attività: .....

..... e che tale attività è coerente con il progetto formativo deliberato dal Comitato ordinatore/Consiglio della Scuola di specializzazione (allegare delibera o dichiarazione del Coordinatore/Direttore della Scuola di specializzazione in merito alla coerenza con il progetto formativo).

di aver ricevuto incarico di lavoro individuale a tempo determinato, ai sensi dell'art. 2 ter, comma 5, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27 e ulteriormente modificato all'art. 3 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, presso la seguente struttura sanitaria .....  
per il periodo dal ..... al ..... per n. ore settimanali ..... per lo svolgimento della seguente attività: .....

di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 2 quinquies, comma 2 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27, incarico provvisorio o di sostituzione di medico di medicina generale dalla seguente struttura sanitaria .....  
..... per il periodo dal ..... al .....  
per n. ore settimanali ..... per numero ..... assistiti.

di aver ricevuto ai sensi dell'art. 2 quinquies, comma 4 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27 , 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 \_\_\_\_\_