

**AL RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI"**

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

__ L __ SOTTOSCRITT _____

_____ COGNOME

_____ NOME

_____ NATO IL _____ COMUNE _____ PROV. _____

_____ CODICE FISCALE _____

_____ INDIRIZZO: via/p.zza _____ N. CIVICO _____ C.A.P. _____

_____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

_____ CELLULARE _____

_____ PREFISSO _____ N. TELEFONICO _____ CITTADINANZA _____

_____ E - MAIL _____

**chiede
di essere immatricolat __, per l'a.a. 2021/2022, al primo anno del corso di
formazione specialistica in**

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

a) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso l'Università degli Studi di _____, con numero di matricola _____ riportando la votazione finale di ____/____;

b) di essere abilitat__ all'esercizio della professione di Medico Chirurgo nella prima - seconda sessione dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____

_____;

c) di essere in possesso della **laurea ABILITANTE in Medicina e Chirurgia** conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____, con numero di matricola _____ riportando la votazione finale di ____/____;

d) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione o frequenza a corsi di formazione specifica in Medicina Generale e a corsi di Specializzazione;

e) (barrare la casella corrispondente)

di non avere in corso alcun rapporto di pubblico impiego

ovvero

di essere titolare di rapporto di pubblico impiego e di essere posto in aspettativa per motivi di studio senza assegni (allega documentazione in merito)

ovvero

di essere medico di ruolo titolare di rapporto a tempo indeterminato dipendente di Struttura pubblica o privata accreditata con il S.S.N, non facente parte della rete formativa della Scuola di specializzazione e di aver usufruito della riserva dei posti prevista dall'art.3 del bando di concorso emanato con D.M. n. 909 del 27.05.2022 e ss.mm.ii (allega documentazione in merito)

f) di non svolgere, per tutta la durata del corso di specializzazione, alcuna attività libero professionale al di fuori di quella svolta, in qualità di specializzando, nelle Strutture assistenziali in cui si effettua la specializzazione ad eccezione di quanto previsto dall'art. 19, co. 11, della Legge 448/2001, dall'art. 40 del D.Lgs. n. 368/99 e di quanto disposto dal D.L. n.145/2018 e ss.mm.ii..

ALLEGA ALLA PRESENTE

- **FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DEL CODICE FISCALE**
- **N.1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA**
- **RICEVUTE DEI VERSAMENTI PREVISTI PER L'IMMATRICOLAZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE:**
 - € 428,00 quale 1ª rata d'iscrizione comprensiva del bollo virtuale;
 - contributo regionale il cui importo è differenziato in base alle fasce ISEE (DGR n. 418/2022)
- **MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **MODELLO ISEE – RILASCIATO NELL'ANNO SOLARE 2022 - AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO DELLA TASSA REGIONALE E DEI CONTRIBUTI UNIVERSITARI**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DA CUI RISULTI IL POSSESSO DEI REQUISITI SPECIFICI PREVISTI DAL D.D.G. N.1229/2022 – PER ASSEGNAZIONE DI CONTRATTO FINANZIATO DALLA REGIONE CAMPANIA.**

Luogo _____, data _____

firma _____