

UFFICIO ESAMI DI STATO E SEGRETERIA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

AVVISO

Si rende noto ai candidati al concorso di ammissione alle Scuole di Specializzazione di Area Medica – a.a. 2018/2019 -, emanato con D.M. n. 859 del 02.05.2019 e ss.mm.ii., che il calendario di sviluppo temporale degli scaglioni di scelta ed assegnazione è stato pubblicato sulla pagina riservata di ciascun candidato sul sito www.university.it.

Con successivo provvedimento ministeriale verrà indicato il termine ultimo entro cui inderogabilmente si dovrà procedere al perfezionamento dell'immatricolazione, a pena di decadenza.

I suddetti candidati dovranno presentare le istanze di immatricolazione - allegate al presente avviso - all'Ufficio Esami di Stato e Segreteria Scuole di Specializzazione (sito in Via Luciano Armanni n. 5 – Complesso S. Patrizia – Napoli, tel. 081/5524515 –7451 — 7475, fax 081/5667473, mail: ues@unicampania.it) nei giorni di seguito indicati:

- Martedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00
- Mercoledì dalle ore 13,30 alle ore 15,30 - **esclusivamente per il mese di agosto dalle ore 9,00 alle ore 12,00**
- Giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00
- Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00

Si comunica, altresì, che gli sportelli dell'Ufficio Esami di Stato e Segreteria delle Scuole di Specializzazione saranno chiusi dal 08.08.2019 al 21.08.2019.

Si comunicano, infine, gli importi delle tasse e contributi – a.a. 2018/2019 - di iscrizione alle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria:

Studenti in possesso dei requisiti reddituali e di merito

(reddito ISEE – rilasciato nell'anno solare 2019 - non superiore ad Euro 18.017,00 e voto di laurea non inferiore a 105/110 ai fini della determinazione dell'importo della IV^a rata di iscrizione)

- I^a rata Euro 428,00 (comprensiva dell'imposta di bollo)

- **contributo regionale** il cui importo è definito in base alle fasce ISEE (del nucleo familiare di appartenenza) di seguito indicate:

I.S.E.E. fino ad € 20.220,00

TASSA REGIONALE € 120,00

I.S.E.E. compreso tra € 20.220,01 e € 40.440,00

TASSA REGIONALE € 140,00

I.S.E.E. superiore a € 40.440,00

o in caso di mancata presentazione ISEE

TASSA REGIONALE € 160,00



- II^a rata Euro 412,00 scadenza 31 gennaio
- III^a rata Euro 412,00 scadenza 30 aprile
- IV^a rata Euro 412,00 scadenza 31 luglio

Studenti non in possesso dei predetti requisiti reddituali e di merito

- I^a rata Euro 428,00 (comprensiva dell'imposta di bollo)
- contributo regionale il cui importo è definito in base alle fasce ISEE (del nucleo familiare di appartenenza) di seguito indicate:

I.S.E.E. fino ad € 20.220,00	TASSA REGIONALE € 120,00
I.S.E.E. compreso tra € 20.220,01 e € 40.440,00	TASSA REGIONALE € 140,00
I.S.E.E. superiore a € 40.440,00	TASSA REGIONALE € 160,00
o in caso di mancata presentazione ISEE	TASSA REGIONALE € 160,00

- II^a rata Euro 412,00 scadenza 31 gennaio
- III^a rata Euro 412,00 scadenza 30 aprile
- IV^a rata Euro 527,00 scadenza 31 luglio

I titolari di contratti finanziati dalla Regione Campania dovranno sottoscrivere dichiarazione sostitutiva di certificazione, allegata al presente avviso, da cui risulti la loro residenza nella Regione Campania da almeno tre anni dalla data di sottoscrizione del contratto di formazione.

I titolari di contratti finanziati dalla Regione Molise dovranno sottoscrivere dichiarazione sostitutiva di certificazione, allegata al presente avviso, da cui risultino i seguenti requisiti:

- di essere residente nella Regione Molise da almeno tre anni dalla data di scadenza della domanda di iscrizione al concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione;
- di essere iscritto ad uno degli Ordini dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri della Regione Molise
- di impegnarsi a prestare la propria attività lavorativa per un periodo di tre anni entro i cinque anni successivi al conseguimento del diploma di Specializzazione nell'ambito e a favore del Servizio Sanitario Regionale del Molise

Si rammenta, altresì, ai beneficiari dei posti riservati al personale del SSN che devono produrre all'atto dell'immatricolazione la documentazione di cui all'articolo 3 del su menzionato D.M. n. 859/2019.

**F.to Il Responsabile dell'Ufficio
(dott.ssa Elvira GIULIANA)**

**SPAZIO RISERVATO
ALLA FOTO**

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

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

__ L __ SOTTOSCRITT _____

COGNOME

NOME

NATO IL

COMUNE

PROV.

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. 2018/2019, 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 _____ riportando la votazione di _____;

c) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione a più corsi di studio che comportino il conseguimento di un titolo universitario o di livello universitario;

d) (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. 859 del 02.05.2019 e s.m.i (allega documentazione in merito)

e) 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 e dall'art. 40 del D.Lgs. n. 368/99;

ALLEGA ALLA PRESENTE

- **FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DEL CODICE FISCALE**
- **N.2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA IDENTICHE TRA LORO**
- **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
- **MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **MODELLO ISEE – RILASCIATO NELL'ANNO SOLARE 2019 - AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO DELLA TASSA REGIONALE E DEI CONTRIBUTI UNIVERSITARI**
- **SOLO PER I TITOLARI DI CONTRATTI A FINANZIAMENTO REGIONALE, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DA CUI RISULTI IL POSSESSO DEI REQUISITI SPECIFICI PREVISTI DAL D.D. N. 1323/2019.**

Luogo _____, data _____

firma _____

**ESCLUSIVAMENTE PER GLI ASSEGNATARI DI CONTRATTI DI FORMAZIONE
FINANZIATI DALLA REGIONE MOLISE**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
residente in _____ alla Via _____, immatricolato
nell'a.a. 2018/2019 alla Scuola di Specializzazione in _____
presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", consapevole delle responsabilità a cui può
andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più
rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di
cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

ai fini dell'assegnazione del contratto di formazione specialistica finanziato dalla Regione Molise:

- di essere residente nella Regione Molise da almeno tre anni dalla data di scadenza della domanda di iscrizione al concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione;
- di essere iscritto ad uno degli Ordini dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri della Regione Molise
- di impegnarsi a prestare la propria attività lavorativa per un periodo di tre anni entro i cinque anni successivi al conseguimento del diploma di Specializzazione nell'ambito e a favore del Servizio Sanitario Regionale del Molise

Napoli _____

IN FEDE

**ESCLUSIVAMENTE PER GLI ASSEGNATARI DI CONTRATTI DI FORMAZIONE
FINANZIATI DALLA REGIONE CAMPANIA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
residente in _____ alla Via _____, immatricolato
nell'a.a. 2018/2019 alla Scuola di Specializzazione in _____
presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", consapevole delle responsabilità a cui può
andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più
rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di
cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

ai fini dell'assegnazione del contratto di formazione specialistica a finanziamento regionale, di essere
residente nella Regione Campania da almeno tre anni dalla data della sottoscrizione del contratto di
formazione.

Napoli _____

IN FEDE

Il pagamento deve essere effettuato esclusivamente presso un'Agenzia dell'Unicredit (for INIC)

Mod. PTA (UESSS)

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

A.A. 2018/2019

MATRICOLA	7	7	7	7	7	7	7	7	7															
CODICE FISCALE																								
COGNOME	_____										NOME	_____										SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA	_____										DATA DI NASCITA	_____												
RESIDENZA/DOMICILIO	_____										TELEFONO/CELLULARE	_____												

CHIEDE DI ESSERE IMMATRICOLATO/A, PER L'A.A. 2018/2019, ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

Autorizza l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e l'Unicredit al trattamento dei dati personali nel rispetto del D. Lgs. n.196/2003 e del GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE n. 2016/679.

L'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Il dichiarante decade dai benefici derivanti da dichiarazioni non veritiere.

Data _____ (firma dello studente) _____

Ordine di disposizione di pagamento a favore dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (non valido come ricevuta)		Ordine di disposizione di pagamento a favore dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (non valido come ricevuta)		Ordine di disposizione di pagamento a favore dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (non valido come ricevuta)	
MATR.	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	MATR.	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	MATR.	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
Codice Fiscale		Codice Fiscale		Codice Fiscale	
(Cognome e nome)		(Cognome e nome)		(Cognome e nome)	
Cod.corso [9]9[6]		Cod.corso [9]9[6]		Cod.corso [9]9[6]	
Codice Causale	Importo in Euro	Codice Causale	Importo in Euro	Codice Causale	Importo in Euro
1 0 0 1	428,00	1 0 0 1	428,00	1 0 0 1	428,00
0 0 0 4	*	0 0 0 4	*	0 0 0 4	*
0 0 0 8	1,10	0 0 0 8	1,10	0 0 0 8	1,10
Si versano €		Si versano €		Si versano €	

*** INSERIRE L'IMPORTO DELLA TASSA REGIONALE CORRISPONDENTE ALL'ISEE –
RILASCIATO NELL'ANNO SOLARE 2019 - DEL NUCLEO FAMILIARE DI APPARTENENZA:**

I.S.E.E. fino ad € 20.220,00

TASSA REGIONALE € 120,00

I.S.E.E. compreso tra € 20.220,01 e € 40.440,00

TASSA REGIONALE € 140,00

I.S.E.E. superiore a € 40.440,00

o in caso di mancata presentazione ISEE

TASSA REGIONALE € 160,00

MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Lo scrivente dichiara di aver preso visione della sotto riportata informativa sulla privacy e di autorizzare l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" al trattamento dei dati personali nel rispetto della predetta normativa.

Data _____

(firma)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e degli artt. 13 e 14 del GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE n. 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati in forma cartacea e attraverso una banca dati automatizzata. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione alla selezione e della sua gestione. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto legislativo e dagli artt. da 15 a 22 del citato Regolamento UE 2016/679, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari, tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento.

Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Viale Lincoln n. 5 – 81100 Caserta, titolare del trattamento dei dati, attraverso l'invio al Responsabile della protezione dati di un'istanza ad oggetto:

"Diritti privacy" e-mail: rpd@unicampania.it oppure PEC:
rpd@pec.unicampania

