

**DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI**  
**LEGGE 24.04.2020 n. 27**

- **ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO E PARZIALE (ART. 2 BIS CO. 1 LETT. B)**
- **INCARICO DI SOSTITUZIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRI (ART. 2 QUINQUIES CO. 2 e CO. 4)**

Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email dal proprio indirizzo istituzionale a entrambi i seguenti indirizzi di posta elettronica:

- [segr.specializzazione@uniroma1.it](mailto:segr.specializzazione@uniroma1.it)

Alla Magnifica  
Rettrice

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_  
Matricola, Cognome, Nome (*scrivere sul rigo qui sopra*)

\_\_\_\_\_  
Telefono

\_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita

\_\_\_\_\_  
Luogo di residenza (Comune, provincia, indirizzo, Cap)

**DICHIARA AI SENSI DELL'ART.47 D.P.R. 445/2000**

di essere regolarmente iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno di corso nell'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_ del seguente corso di specializzazione \_\_\_\_\_ presso Sapienza Università di Roma con decorrenza contratto \_\_\_\_\_

**DICHIARA ALTRESI' (*barrare la casella di interesse*)**

- di essere stato assunto/a a **tempo determinato ai sensi dell'art. 2 bis co.1 lett. b) della legge 24.04.2020 n. 27** dal seguente ente/azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ oppure \_\_\_\_\_  
ai sensi **della legge 17 dicembre 2021 n. 215** dalla seguente struttura sanitaria privata accreditata \_\_\_\_\_

appartenente alla rete formativa della scuola di specializzazione, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

- di aver ottenuto un **incarico provvisorio o di sostituzione** di medici di medicina generale/pediatri di libera scelta (*barrare l'alternativa non pertinente*) convenzionati con il Servizio sanitario nazionale **ai sensi dell'art. 2 quinquies co. 2 e 4 Legge 24.04.2020 n. 27** e di essere iscritto negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un numero di assistiti pari a \_\_\_\_\_

### **DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE**

l'assunzione a tempo determinato di cui alla presente dichiarazione *oppure* la titolarità di un incarico provvisorio di sostituzione MMG che comporti l'assegnazione di un numero di assistiti superiore a 650 (*barrare l'alternativa non pertinente*) **non dà diritto, per il relativo periodo, al cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, di cui agli articoli 37 e seguenti del decreto legislativo n. 368/1999**

### **DICHIARA INFINE**

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del DPGR n. 679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Per presa visione*

*Firma del Direttore della Scuola* \_\_\_\_\_