

DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI
INCARICO DI LAVORO AUTONOMO (ART. 2 BIS CO. 1 LETT. A),
INCARICO INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO (ART. 2 TER)

LEGGE 24.04.2020 n. 27

Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email dal proprio indirizzo istituzionale al seguente indirizzo di posta elettronica:

- 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'anno accademico / del seguente corso di specializzazione presso Sapienza Università di Roma, con data di decorrenza contratto ;

- di aver ottenuto **un INCARICO DI LAVORO AUTONOMO ai sensi dell'art. 2 bis co. 1 lett.a) oppure un incarico INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO ai sensi dell'art.2 ter** (*barrare l'alternativa non pertinente*) della legge 24.04.2020 n. 27 dal/la seguente ente/azienda del Servizio sanitario nazionale

a partire dal e fino al in qualità di

- 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 _____