

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE in



Imposta di
bollo
assolta in
modo
virtuale

Dipartimento di

Matricola

Anno Accademico

Contratto di formazione specialistica

☐ Ministeriale ☐ Regionale

☐ Privato

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
"G. d'ANNUNZIO"**

CHIETI-PESCARA

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNI SUCCESSIVI

(compilare le sezioni in stampatello in modo chiaro e leggibile e spuntare, dove occorre, la voce o le voci che interessano. Le domande incomplete o non regolarmente compilate non verranno accolte).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46, 47, 48 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome..... Nome

Nato a Prov. il

Residente a Prov.....

Via.. n°..... CAP.

Stato (solo per studenti stranieri).....

Domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza).....Prov.....

Via n°..... CAP.....

Codice Fiscale

Cittadinanza

Tel. Cell. E-mail

CHIEDE

di essere iscritto/a per l'anno accademico 2024/2025 al anno del corso di SPECIALIZZAZIONE
in

DICHIARA

(Consapevole delle pene stabilite dagli artt. 483 e 495 del Codice Penale per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni)

Di essere a conoscenza delle norme concernenti l'ammissione agli esami e si impegna a:

- ☐ Non sostenere esami se la propria posizione amministrativa non è regolare;
- ☐ Non sostenere esami di profitto prima della delibera di ammissione delle competenti autorità accademiche, se trasferiti in entrata;

- ☐ Di essere a conoscenza che la carriera didattica e amministrativa dello specializzando dell'Università degli Studi "G. D'Annunzio" è soggetta all'applicazione delle norme contenute nel Regolamento generale e didattico per la formazione specialistica di area sanitaria e negli altri regolamenti di Ateneo ad esso connessi.

DICHIARA ALTRESI'

- ☐ Di non esercitare alcuna attività libero-professionale esterna alla Struttura assistenziale presso cui effettua la formazione specialistica, salvo quanto previsto dal contratto di formazione di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m. e nei casi ammessi dalla legge;
- ☐ **di non risultare** contemporaneamente iscritto/a ad altro corso di studi (diverso dal Master o Dottorato di Ricerca) presso questa o altra Università italiana o straniera o Istituto superiore ovvero al Corso di formazione specifica in Medicina Generale;
- ☐ **di essere contemporaneamente** iscritto/a ad altro corso di studi (Master o Dottorato di Ricerca) presso questa o altra Università italiana o straniera o Istituto superiore e **di inviare** "Dichiarazione sostitutiva di certificazione - doppia iscrizione" all'indirizzo PEC di Ateneo ateneo@pec.unich.it e all'eventuale altro /Ente di iscrizione;
- ☐ Di essere disabile (portatore di handicap) o invalido.... con la percentuale del%, tipo di invalidità....., come certificato dalla competente Commissione Pubblica di accertamento..... in data

ALLEGA:

- ☐ Fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità (carta di identità o passaporto, comprensiva del numero di documento, data e luogo del rilascio);
- ☐ Autocertificazione inserimento attività formative dell'anno appena concluso nel libretto elettronico;
- ☐ Fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato dalla Questura, oppure copia della ricevuta dell'istanza di permesso di soggiorno, rilasciata da Poste Italiane, accompagnata da copia del passaporto con lo specifico visto d'ingresso per motivi non turistici (per studenti extracomunitari);
- ☐ _____

Luogo e data

Firma _____

Vengono esonerati in misura totale dal pagamento del contributo onnicomprensivo di iscrizione e della tassa regionale gli specializzandi con disabilità, con riconoscimento di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o con un'invalidità pari o superiore al 66%. Vengono esonerati in misura del 50% dal pagamento del contributo onnicomprensivo di iscrizione, gli specializzandi con invalidità compresa fra il 45% ed il 65%.

Al fine di beneficiare delle esenzioni per essi previste, gli specializzandi sono tenuti a consegnare copia della certificazione rilasciata dalle competenti strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il/La sottoscritto/a

dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014, reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Luogo e data

Firma