

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE in

í í í í í í í í í í í í í í í í

Dipartimento di í í í í í í í í í í .

Matricola í í í í í í í í í í í í í

Anno Accademico í í í í í í í í í .

Contratto di formazione specialistica

Ministeriale Regionale

Privato



Imposta di bollo assoluta in modo virtuale

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 í í í í í í í í í í í í í Prov.....

Via..... n°..... CAP. í í í í í ...

Stato (solo per studenti stranieri)í

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

Via n°..... CAPí í í í .í í í í í í í í í í í .

Codice Fiscale í .

Cittadinanza í .

Tel. Cell. E-mail

CHIEDE

di essere iscritto/a per l'anno accademico í í í í í í í í í al í .. 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.;

Di essere medico di ruolo con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso la struttura sanitaria _____ con sede in _____;

Di non essere contemporaneamente iscritto/a ad altro corso di studi presso questa o altra Università italiana o straniera o Istituto superiore, e di essere a conoscenza che la violazione del divieto di contemporanea iscrizione comporterà l'obbligo da parte dello studente di formalizzare la rinuncia agli studi per il corso di studi di provenienza.

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:

- Copia della ricevuta del versamento effettuato tramite MAV;
- 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);
- 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);
- Libretto diario attività formative
- Numero due copie contratto di formazione specialistica.
- _____

Luogo e data _____

Firma _____

Vengono esonerati in misura totale dal pagamento della tassa e dei contributi universitari di iscrizione, gli **studenti dichiarati disabili (ex Legge 104/1992) o gli studenti invalidi (ex Legge 118/1971)** con percentuale di invalidità **pari o superiore al 66%** dietro esibizione di idonea certificazione rilasciata dalla A.S.L. di appartenenza.

Vengono esonerati in misura del 50% dal pagamento della tassa e dei contributi universitari di iscrizione, gli **studenti con disabilità con invalidità compresa fra il 33% ed il 65%** dietro esibizione di idonea certificazione rilasciata dalla A.S.L. di appartenenza.

Al fine di beneficiare delle esenzioni per essi previste, gli studenti sono tenuti a consegnare copia del verbale rilasciato da Commissione Pubblica di accertamento da cui risulti il tipo e il grado di invalidità

In alternativa ai Verbali rilasciati da Commissioni Pubbliche, potrà essere esibita eventuale sentenza del Giudice Ordinario che riconosca la condizione invalidante

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, il cui testo è reperibile sul sito web di Ateneo all'indirizzo <http://www.unich.it> e consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare anche quelli *idonei a rivelare lo stato di salute* di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) di tale Decreto necessari alla erogazione dei benefici previsti dalla Legge per le particolari categorie che vi hanno titolo nonché di quanto previsto dalla normativa italiana ed europea vigente in materia, acconsente al trattamento di quelli forniti secondo le finalità e con le modalità indicate nell'informativa medesima

Luogo e data _____

Firma _____

