

## **DICHIARAZIONE DI INCOMPATIBILITÀ**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Immatricolato/a alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

per l'A.A. 2024/2025,

### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza dei presupposti e limiti per l'iscrizione contemporanea a corsi di istruzione universitaria a frequenza obbligatoria di cui al Decreto Ministeriale n. 930 del 29 luglio 2022 attuativo dell'articolo 4, comma 1, della Legge n. 12 aprile 2022, n. 33;
- di essere a conoscenza che l'attività formativa dello specializzando è incompatibile con qualsiasi attività di lavoro (ad eccezione di quanto previsto dalla Legge 448/2001) anche di natura occasionale e d'impegnarsi a comunicare nel corso degli studi di specializzazione l'instaurarsi di eventuali rapporti di lavoro di qualsiasi tipo e durata;
- di non essere iscritto/a ad un corso di formazione specifica in MEDICINA GENERALE ai sensi dell'art. 19 comma 12, Legge 28/12/2001 n° 448;
- di non svolgere attività libero professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione e di non aver alcun rapporto convenzionale o precario con il S.S.N. o enti e istituzioni pubbliche e private (art. 40 del D.Lgs. 17 Agosto 1999, n° 368).

**Le condizioni di incompatibilità decorrono dall'01.11.2025 quale data della decorrenza e della presa servizio.**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dal Codice Penale sulla responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dal D.P.R. del 28/12/2000 n° 445.

Bari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma del dichiarante

### **Allegati:**

- ***copia documento di identità in corso di validità***
- ***copia codice fiscale***