



**COMPILARE IN STAMPATELLO**

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2011/2012**

CON DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

**AL MAGNIFICO RETTORE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
<b>COGNOME</b> .....	<b>NOME</b> .....
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F CODICE FISCALE I _____	
CITTADINANZA: <input type="checkbox"/> ITALIANA <input type="checkbox"/> ALTRA.....	
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA _____	
<b>NASCITA</b>	
DATA DI NASCITA ...../...../..... COMUNE.....(.....)	
NAZIONE DI NASCITA: <input type="checkbox"/> ITALIA <input type="checkbox"/> ALTRA .....	
<b>RESIDENZA</b>	
INDIRIZZO ..... N.....	
PROVINCIA ..... COMUNE .....	
C.A.P. ....TELEFONO ...../..... CELL.....	
Laurea .....	
Conseguita presso l'Università di.....	
IL ____ / ____ / ____ VOTAZIONE ...../.....	
Abilitazione .....	
Conseguita presso l'Università di.....	
Nella ____ sessione dell'anno ____ VOTAZIONE ...../.....	
Vincitore posto a contratto	<input type="checkbox"/>
Dipendente del S.S.N.	<input type="checkbox"/>
Dipendente Militare/Polizia di Stato	<input type="checkbox"/>
Cittadino comunitario	<input type="checkbox"/>
Cittadino extracomunitario (Legge n° 271/2004)	<input type="checkbox"/>

**CHIEDE**

DI ESSERE IMMATRICOLATO/A PRESSO CODESTA UNIVERSITA' DEGLI STUDI ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN \_\_\_\_\_

Bari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL DICHIARANTE

AREA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE  
DELL'AREA SANITARIA  
MEDICO-CHIRURGICA E VETERINARIA

Palazzo Ateneo, P.zza Umberto I 70121 Bari (Italy)  
Tel. (+39) 080 5714171 – 0805714179 – 0805714170  
fax (+39) 080 5714802

[www.uniba.it](http://www.uniba.it)

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
**DICHIARA**

DI RISPETTARE IL DIVIETO DI CONTEMPORANEA ISCRIZIONE DI CUI ALL'ART. 142 DEL T.U. n. 1592/33, E ART. 29, PUNTO 5, DEL REGOLAMENTO DIDATTICO DI ATENEO, EMANATO CON D.R. N. 9231 DEL 12/09/2001.

### DI TROVARSI NELLA SEGUENTE CONDIZIONE DI DISAGIO

Studente portatore di handicap con invalidità > = 66% (esonero totale).....  SI  NO

Studente portatore di handicap con invalidità dal 45% al 65% (esonero parziale 50%).....  SI  NO

### DIFFUSIONE DATI PERSONALI

Autorizzazione alla eventuale diffusione dei dati personali nel rispetto delle disposizioni vigenti .....  SI  NO

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).

### OVVERO

di essere dipendente a tempo indeterminato del S.S.N. **OVVERO** di enti/istituti contemplati nell'art. 15 undices del D. Lgs. n° 229/1999, di svolgere un'attività corrispondente alla specializzazione richiesta e che sussiste l'interesse preminente dell'amministrazione di appartenenza affinché il sottoscritto consegua la specializzazione richiesta;

**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..**

Il/La sottoscritto/a chiede inoltre che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente indirizzo:

VIA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

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

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

Si attesta  
che la fotografia con firma apposta a lato appartiene

al/alla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

FOTO

il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

identificato mediante \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dello studente

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

\_\_\_\_\_  
Il Funzionario incaricato

AREA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE  
DELL'AREA SANITARIA  
MEDICO-CHIRURGICA E VETERINARIA

Palazzo Ateneo, P.zza Umberto I 70121 Bari (Italy)  
Tel. (+39) 080 5714171 – 0805714179 – 0805714170  
fax (+39) 080 5714802

[www.uniba.it](http://www.uniba.it)

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

- b) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
- c) Attestazione di versamento prima rata di iscrizione (causale: "1M" Scuola di Spec. in \_\_\_\_\_, a.a. 2011/2012) di € 245,00 su conto corrente n. 8706 intestato all'Università degli Studi di Bari.
- d) Due fotografie identiche, formato tessera, di cui una legalizzata (è possibile effettuare la legalizzazione presso i Settori I e II, presentandosi muniti di un valido documento di riconoscimento).
- e) Copia delle due polizze assicurative (*solo per gli immatricolati in qualità di dipendenti del S.S.N.*) attivate per:
- 1) rischi professionali (R.C. verso terzi)
  - 2) infortuni connessi con l'attività di formazione di specializzando
- Entrambe devono contenere la dizione di medico specializzando presso la Scuola di Specializzazione richiesta.

### AVVISO

1. La II RATA di € 558,32 dovrà essere versata entro il **30 SETTEMBRE 2012 (\*)**.

2. La III RATA di € 558,32 dovrà essere versata entro il **31 DICEMBRE 2012 (\*)**.

**E' PREVISTA UNA PENALE DI € 20,00 NEL CASO DI VERSAMENTI EFFETTUATI ENTRO I 30 GIORNI SUCCESSIVI ALLA SCADENZA, DI € 40,00 ENTRO I 60 GIORNI SUCCESSIVI ALLA SCADENZA, DI € 80,00 OLTRE I 60 GIORNI SUCCESSIVI ALLA SCADENZA,.**

**(\*) Le attestazioni di versamento della II e III rata dovranno essere consegnate con la domanda d'iscrizione al II anno 2012/2013 (data consegna domanda dal 03/06/2013 al 15/06/2013).**

Tale avviso ha valore di notifica della data di scadenza e dell'importo da versare, pertanto non sarà data nessuna comunicazione personale.

**Per presa visione e accettazione**

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

\_\_\_\_\_ Firma dello specializzando

AREA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE  
DELL'AREA SANITARIA  
MEDICO-CHIRURGICA E VETERINARIA

Palazzo Ateneo, P.zza Umberto I 70121 Bari (Italy)  
Tel. (+39) 080 5714171 – 0805714179 – 0805714170  
fax (+39) 080 5714802

[www.uniba.it](http://www.uniba.it)