

GUIDA alla immatricolazione online alle Scuole di Specializzazione Mediche - a.a.2015/2016

L'immatricolazione alle Scuole di Specializzazione Mediche per l'Università di Bari avviene *on-line*, collegandosi all'indirizzo <http://www.uniba.it/esse3>.

L'immatricolazione online può essere effettuata soltanto dai candidati vincitori, secondo gli elenchi definitivi pubblicati dal MIUR.

L'immatricolazione è possibile dal **24 al 29 AGOSTO 2016** ed è necessario eseguire le seguenti fasi, nell'ordine specificato:

1. **Immatricolazione online** (nella sezione manualistica <https://csi.ict.uniba.it/manualistica> è possibile consultare il manuale)
2. **Presentazione della documentazione agli Uffici della Segreteria Amministrativa dell'Ateneo . (DAL 24 alle ore 12:00 del 29 AGOSTO 2016)**

IMPORTANTE!

Ricordiamo che **non è ammessa la contemporanea iscrizione ad altro corso dell'Università o di altro Ateneo o Istituto di Istruzione Superiore, italiano o estero, pena la decadenza dell'iscrizione successiva alla prima**. Se lo specializzando si trovasse in una delle seguenti condizioni:

- iscritto a Master
- iscritto a Dottorato di Ricerca
- Iscritto a TFA o PAS
- Iscritto ad altra Scuola di Specializzazione
- Iscritto a un Corso Singolo
è tenuto a recarsi, nei giorni **22 e 23 agosto 2016** presso la segreteria di competenza per far **"chiudere" l'iscrizione**; in caso contrario **NON SARA' POSSIBILE IMMATRICOLARSI alla Scuola di Specializzazione**.

Presentazione della documentazione

E' necessario presentare esclusivamente a mano entro e non oltre le ore 12 del termine previsto per l'immatricolazione dello scaglione di appartenenza, **pena la decadenza da ogni diritto derivante dalla posizione in graduatoria**, all'Area Scuole di Specializzazione di area sanitaria, medico-chirurgica e veterinaria, Palazzo Ateneo – 1 piano – p.zza Umberto I, la seguente documentazione:

- domanda di immatricolazione
- copia del MAV attestante l'avvenuto pagamento della I rata
- due foto in formato tessera
- una marca da bollo da 16€ (per la legalizzazione in bollo della foto)
- copia del documento di identità
- copia di certificazione di invalidità (per gli studenti portatori di handicap)
- dichiarazione di incompatibilità
- autorizzazione dell'Ente di appartenenza (per i dipendenti SSN – Polizia di Stato)

In caso di mancato rispetto dei termini sopra indicati, **il candidato decade dal diritto all'immatricolazione** nella specifica scuola e non assume rilevanza alcuna la motivazione giustificativa del ritardo.

Per informazioni sulle tasse e contributi (ed eventuali agevolazioni), per le scuole di specializzazione mediche per l'a.a.2015/2016, consultare il relativo Regolamento tasse disponibile su <http://www.uniba.it/scuole-specializzazione/scuole-di-specializzazione-dellarea-sanitaria-medico-chirurgica-e-veterinaria>.

COMPILARE IN STAMPATELLO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESE 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. 2015/2016,

DICHIARA

- di rispettare il divieto di contemporanea iscrizione di cui all'art. 142 del T.U. n. 1592/33 e all'art. 27, punto 9, del Regolamento Didattico di Ateneo, emanato con D.R. n. 318 del 12/11/2013;
- 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).

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

**FAC SIMILE ATTESTAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA SANITARIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
DI APPARTENENZA O STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA DEL S.S.N. PER I MEDICI DIPENDENTI DEL
S.S.N., DIPENDENTI DI UNA STRUTTURA SANITARIA MILITARE PER I MEDICI MILITARI, DIPENDENTI DI
UNA STRUTTURA SANITARIA DELLA POLIZIA DI STATO PER I MEDICI DELLA POLIZIA DI STATO.
DA CONSEGNARE ALL'ATTO DELL'IMMATRICOLAZIONE PRESSO L'U.O. SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
1° PIANO PALAZZO ATENEO**

AL MAGNIFICO RETTORE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

SI ATTESTA CHE IL DOTT. _____ NATO A
_____ IL _____ MEDICO A TEMPO INDETERMINATO DEL
SSN/MILITARE/POLIZIA DI STATO CON LA QUALIFICA DI DIRIGENTE MEDICO DI _____ E' IN
SERVIZIO PRESSO QUESTA STRUTTURA PUBBLICA/PRIVATA ACCREDITATA DAL S.S.N.

IL PREDETTO DOTTORE NELLA SUA QUALITA' DI MEDICO SPECIALIZZANDO DIPENDENTE DEL SSN E'
AUTORIZZATO A SVOLGERE L'ATTIVITA' FORMATIVA A TEMPO PIENO PRESSO LA SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN _____

DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO DURANTE L'ORARIO ORDINARIO DI SERVIZIO COME
PREVISTO DALL'ART.3,COMMA 2, DEL D.M. N.313 DEL 20.05.16, IN LUOGO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA E
CON ONERI A CARICO DELLO STESSO ENTE DI APPARTENENZA.

ALTRESI' IL DOTT. _____ E' TENUTO :
AD ASTENERSI PER TUTTO IL PERIODO DI FORMAZIONE DALL'OBBLIGO DI RECARSI PRESSO LA SEDE DI
SERVIZIO E DI PRESTARE L'ATTIVITA' LAVORATIVA.

INOLTRE AL SUDDETTO DOTTORE NON E' CONSENTITO SVOLGERE IL PREVISTO PERCORSO FORMATIVO A
TEMPO PIENO E LE ATRE ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE DAL CONSIGLIO DELLA SCUOLA NELL'AMBITO DEL
REPARTO DELL'ENTE DI APPARTENENZA, IL PERCORSO FORMATIVO DEVE SVOLGERSI AL PARI DEGLI ALTRI
MEDICI IN FORMAZIONE NECESSARIAMENTE PRESSO LE STRUTTURE CHE FANNO PARTE DELLA RETE
FORMATIVA DELLA SCUOLA DI ASSEGNAZIONE., ACCREDITATE A TALE SPECIFICO FINE.

SI DICHIARA, INFINE, CHE NON SUSSISTE ALCUN RAPPORTO CONVENZIONALE TRA QUESTA
AMMINISTRAZIONE E LE STRUTTURE DELL'UNIVERSITA' FACENTI PARTE DELLA RETE FORMATIVA DELLA
SCUOLA INTERESSATA.

BARI,

TIMBRO DELL'ENTE

firma
IL DIRETTORE SANITARIO (TIMBRO)