

FAC SIMILE ATTESTAZIONE RILASCIATO DALLA DIREZIONE SANITARIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI APPARTENENZA O STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA DEL S.S.N.(per i dipendenti del S.S.N.) E DALL'AMMINISTRAZIONE MILITARE (per medici militari)

AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI BARI

VISTA LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER L'AMMISSIONE ALLA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

INDETTO DALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI CON D.R. N.2009 DEL 05.04.2011, SI
ATTESTA CHE IL DOTT. _____

NATO A _____, IL _____ MEDICO A TEMPO
INDETERMINATO DEL S.S.N./AMM.NE MILITARE CON LA QUALIFICA DI

_____ E' IN SERVIZIO PRESSO LA SEGUENTE
STRUTTURA PUBBLICA _____ OVVERO STRUTTURA PRIVATA

ACCREDITATA DEL S.S.N _____ :

IN CASO DI AMMISSIONE SI AUTORIZZA, INOLTRE, IL
DOTT. _____ A SVOLGERE IL PREVISTO

**PERCORSO FORMATIVO PRESSO LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
STESSA, DURANTE L'ORARIO ORDINARIO DI SERVIZIO, AI SENSI
DELL'ART. 5 DEL D.R. N. 2009 DEL 05.04.2011.**

SI DICHIARA, INOLTRE, CHE :

- **E' INTERESSE PREMINENTE DELL'AMMINISTRAZIONE CHE IL DIPENDENTE CONSEGUA LA SPECIALIZZAZIONE RICHIESTA.**
- **NON SUSSISTE ALCUN RAPPORTO CONVENZIONALE TRA QUESTA AMMINISTRAZIONE E L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI, INERENTE LA RETE FORMATIVA DELLA SCUOLA INTERESSATA, PERTANTO, LA STRUTTURA SEDE DI SERVIZIO NON E' INSERITA NELLA RETE FORMATIVA DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE SCELTA**

DATA ,

TIMBRO

IL DIRETTORE SANITARIO
FIRMA E TIMBRO