

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 5714170 – 5714171 - 5714179 –
fax (+39) 080 5714802
www.uniba.it

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- a) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
- b) Attestazione di versamento prima rata di iscrizione (causale: "1M" Scuola di Spec. in _____, a.a. 2010/2011) di € 245,00 su conto corrente n. 8706 intestato all'Università degli Studi di Bari.
- c) Due fotografie identiche, formato tessera, di cui una legalizzata (è possibile effettuare la legalizzazione presso i Settore I e II, presentandosi muniti di un valido documento di riconoscimento).
- d) 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 **SECONDA RATA** di € 541,25 dovrà essere versata entro il **30 SETTEMBRE 2011 (*)**.
2. La **TERZA RATA** di € 541,25 dovrà essere versata entro il **30 DICEMBRE 2011 (*)**.

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 SECONDA e TERZA rata dovranno essere consegnate con la domanda d'iscrizione al SECONDO anno 2011/2012.

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 5714170 – 5714171 - 5714179 –
fax (+39) 080 5714802
www.uniba.it