

SPECIALIZZANDI MEDICI - DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO AI SENSI DELLA LEGGE N.18 DEL 17 MARZO 2020 - ART.1, CO. 1 LETT. B)

Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email dal proprio indirizzo istituzionale a entrambi i seguenti indirizzi di posta elettronica:

- segr.specializzazione@uniroma1.it

- progetti_convenzioni@uniroma1.it

Al Magnifico Rettore di Sapienza Università di Roma

Il sottoscritto

Matricola, Cognome, Nome (*scrivere sul rigo qui sopra*)

Telefono

Luogo e data di nascita

Luogo di residenza (Comune, provincia, indirizzo, Cap)

DICHIARA AI SENSI DELL'ART.47 D.P.R. 445/2000

- di essere regolarmente iscritto/a al _____ anno di corso nell'anno accademico _____/_____ del seguente corso di specializzazione _____ presso Sapienza Università di Roma, con data di decorrenza contratto _____;
- di essere stato assunto a tempo determinato e a tempo parziale ai sensi della legge n.18 del 17 marzo 2020 - art.1, co. 1 lett. b) dal seguente ente/azienda del Servizio sanitario nazionale

a partire dal _____ e fino al _____ in qualità di _____.

DICHIARA

Di essere informato che, ai sensi della L.30 dicembre 2018 n. 145 e ss.mm, **non ha diritto, per il relativo periodo, al cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, di cui agli articoli 37 e seguenti del decreto legislativo n. 368/1999.**

DICHIARA

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del DPGR n. 679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ Firma _____

Per presa visione Firma del Direttore della Scuola _____