



**DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI
LEGGE 24.04.2020 n. 27**

- **ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO E PARZIALE (ART. 2 BIS CO. 1 LETT. B)**
- **INCARICO DI SOSTITUZIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRI (ART. 2 QUINQUIES CO. 2 e CO. 4)**

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

Alla Magnifica
Rettrice

Il/la sottoscritto/a

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'a.a. ____/____ del seguente corso
di specializzazione _____ presso Sapienza Università di
Roma con decorrenza contratto _____

DICHIARA ALTRESI' (*barrare la casella di interesse*)

- di essere stato assunto/a a **tempo determinato ai sensi dell'art. 2 bis co.1 lett. b) della legge 24.04.2020 n. 27** dal seguente ente/azienda del Servizio sanitario nazionale
_____ dal _____ al _____ in qualità di
_____ oppure
ai sensi **della legge 17 dicembre 2021 n. 215** dalla seguente struttura sanitaria privata
accreditata _____

appartenente alla rete formativa della scuola di specializzazione, dal _____ al _____

in qualità di _____

- di aver ottenuto un **incarico provvisorio o di sostituzione** di medici di medicina generale/pediatri di libera scelta (*barrare l'alternativa non pertinente*) convenzionati con il Servizio sanitario nazionale **ai sensi dell'art. 2 quinquies co. 2 e 4 Legge 24.04.2020 n. 27** e di essere iscritto negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica presso _____ dal _____ al _____ con un numero di assistiti pari a _____

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE

l'assunzione a tempo determinato di cui alla presente dichiarazione *oppure* la titolarità di un incarico provvisorio di sostituzione MMG che comporti l'assegnazione di un numero di assistiti superiore a 650 (*barrare l'alternativa non pertinente*) **non dà 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 INFINE

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 _____