

## DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI

Mod. 1

- **Assunzioni con contratto di lavoro subordinato a tempo determin. con orario a tempo parziale** (articolo 1, comma 548 e 548 bis, Legge del 30 dicembre 2018, n. 145 e ss.mm.ii)

- **Incarichi provvisori di sostituzione dei pediatri** (articolo 2-quinquies, comma 4, Decreto Legge del 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella Legge del 24 aprile 2020, n. 27)

Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email dal proprio indirizzo istituzionale al seguente indirizzo di posta elettronica:

- [segr.specializzazione@uniroma1.it](mailto:segr.specializzazione@uniroma1.it)

Al Magnifico Rettore

Il/la sottoscritto/a

---

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

Telefono

---

Luogo e data di nascita

---

### 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 con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato  
con orario a tempo parziale (articolo 1, comma 548 e 548 bis, Legge del 30 dicembre 2018, n. 145 e ss.mm.ii) dal/la seguente ente/azienda**

---

del Servizio sanitario nazionale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_

di aver ottenuto un **incarico provvisorio o di sostituzione** dei pediatri di libera  
scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale **ai sensi dell'art. 2 quinquecimma 4**  
**Legge 24.04.2020 n. 27** presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un numero di  
assistititi pari a \_\_\_\_\_

#### **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.

**Tale documento potrà essere inviato all'esito della verifica istruttoria**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Per presa visione*

*Firma del Direttore della Scuola* \_\_\_\_\_