



DICHIARAZIONE SPECIALIZZANDI MEDICI

Mod. 1

Assunzioni 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).

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

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

Alla Magnifica Rettrice

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 _____

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 _____