

DICHIARAZIONE MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

**Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email esclusivamente dal proprio indirizzo istituzionale a: [sam.carrieremfs@unibo.it](mailto:sam.carrieremfs@unibo.it)**

Al Magnifico Rettore

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Matricola, Cognome, Nome, Scuola di Specializzazione (scrivere sul rigo qui sopra)

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

incarico di lavoro autonomo, anche co.co.co., ai sensi dell'art. 2 bis co.1 lett. a) della legge n. 27/2020

Azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

incarico a tempo determinato ai sensi dell'art. 2 ter comma 5 della legge n. 27/2020

azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

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

azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica di \_\_\_\_\_

incarico USCA ai sensi dell'art. 19 sexies della legge n. 176/2020

azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

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

**Per presa visione**

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