



DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Padova

____ I ____ sottoscritt _____
Cognome Nome
codice fiscale (obbligatorio)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 sesso ☐ M ☐ F
nat ____ a _____ (_____) il _____
Comune Provincia
di nazionalità _____ e cittadinanza _____
residente in: Via _____ /Località _____
C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____
Telefono _____ / _____ ; Cell. _____
Email: _____
domiciliato/a in: Via _____ /Località _____
(Indicare solo se diverso dalla residenza)
C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____
Telefono _____ / _____

CHIEDE

di essere iscritto per l'a.a. 2011/2012 al 1° anno della Scuola di Specializzazione in

A tal fine DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia
conseguito presso l'Università di _____ in data _____
con la seguente votazione _____ /110 e _____ (se conseguito a Padova indicare il n. di matricola: _____);
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo conseguita
presso l'Università di _____ durante la sessione dell'anno

_____	_____
prima	seconda

 ;

- di non essere iscritto ad altro corso universitario di qualsiasi tipo o al corso di formazione specifica in medicina generale, e di non rientrare nell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale, compresi quelli dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;
- di autorizzare che le tasse e i contributi vengano trattenuti in rate mensili dal trattamento economico
- che i dati sopra riportati corrispondono al vero e di essere a conoscenza che le dichiarazioni false e l'indicazione di dati non corrispondenti al vero sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000),

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE

Ai sensi dell'art. 13, Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 i dati personali forniti dallo studente saranno trattati dall'Università degli Studi di Padova per le finalità di gestione della carriera universitaria, anche su supporto informatico, nel rispetto dei diritti che l'art. 7 del decreto medesimo riconosce in capo all'interessato.

E' richiesto pertanto l'espresso consenso dell'interessato affinché questo ufficio possa divulgare notizie riguardanti i dati anagrafici e di conferimento del titolo di studio a Ditte, Agenzie, Enti che ne facciano richiesta al fine di un eventuale inserimento nel mondo del lavoro.

Si invita pertanto ad esprimere il proprio consenso/dissenso completando i dati:

Il sottoscritto _____

☐ AUTORIZZA

☐ NON AUTORIZZA

Luogo e data

Firma

Richiesta di bonifico ordinario

Ordinante:

Nome e cognome:

Per conto di (se si tratta di persona diversa dal candidato indicare il nominativo e i successivi dati richiesti della persona per la quale si effettua il versamento):.....

Nato/a (luogo e data):

Codice fiscale:

Domicilio:

Residenza:

Estremi del documento di riconoscimento:

Vogliate eseguire il bonifico sotto descritto contro:

☐ Pagamento per cassa

☐ Addebito in c/c n.

Intestato a:

Importo Euro: **234,00**

Data del pagamento (gg-mm-aaaa):

Beneficiario:

Università degli Studi di Padova

Via 8 Febbraio, 2 -35122 Padova

Appoggio Bancario: Cassa di Risparmio del Veneto

Codice IBAN: IT 81 V 06225 12186 100000300875

Ulteriori dati obbligatori da compilarsi a cura dell'ordinante:

Causale:

Tassa di iscrizione alla Scuola di specializzazione in

A.A. 2011/2012 - 1ª rata

Luogo e data

Firma

MODULO INPS E RISCOSSIONE TRATTAMENTO ECONOMICO – ANNO 2012

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

Nato a: Comune _____ (Prov. _____) Stato _____ il _____

Codice Fiscale:

Residenza anagrafica: Comune _____ (Prov. _____) CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____ Email _____

Iscritto alla scuola di specializzazione in _____

a.a. _____ della durata di anni _____

DICHIARA

(barrare una delle seguenti alternative)

- ☐ di avere già aperto la posizione contributiva alla Gestione Separata INPS;
- ☐ di aprire la posizione contributiva alla Gestione Separata INPS a decorrere dalla data di inizio delle attività formative *(Ricordiamo che la presentazione della domanda di iscrizione dovrà avvenire esclusivamente tramite internet, collegandosi al sito www.inps.it, o chiamando il numero gratuito 803164. Ricordiamo inoltre che se si è già iscritti non serve la comunicazione all'INPS).*

DICHIARA inoltre

(barrare una delle seguenti alternative)

- ☐ di essere iscritto ad altra forma pensionistica obbligatoria, Cassa previdenziale _____
_____ (soggetto alla contribuzione INPS al 18%)
- ☐ di **non** essere titolare di pensione né assicurato con altre forme obbligatorie (soggetto a contribuzione INPS del 27,72%)

CHIEDE

di riscuotere i propri emolumenti nella modalità sotto indicata:

- ☐ ACCREDITO SUL C/C (intestato a sé stesso)

NUMERO _____

CIN _____ ABI _____ CAB _____

IBAN _____

BANCA _____

Si ricorda che la presente richiesta/dichiarazione deve essere congruente con quelle eventualmente già presentate nell'anno 2012 all'Università degli Studi di Padova (Dipartimento, Centro, Servizio, ecc.).

Il sottoscritto conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che importi modifiche al regime contributivo e/o fiscale, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali e/o fiscali, impegnandosi a sostenere tutti gli oneri e responsabilità dovessero derivare al committente dalla mancata tempestiva comunicazione delle variazioni a quanto sopra dichiarato.

Luogo e data

Firma

I dati della presente comunicazione saranno trattati in conformità al Titolo III, capo I e II del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi di Padova.

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DEL “REGOLAMENTO PER LA FREQUENZA DEI LABORATORI DA PARTE DELLE STUDENTESSE IN STATO DI GRAVIDANZA”

La sottoscritta _____
Cognome Nome

presa visione di quanto disposto dal “Regolamento per la frequenza dei laboratori da parte delle studentesse in stato di gravidanza”, disponibile al seguente alla pagina web

http://www.unipd.it/unipdWAR/page/unipd/organizzazione1/it_Book88_Page38

(il Regolamento si trova sul sito www.unipd.it seguendo il percorso “Organizzazione” – “Regolamenti” – “Studenti”)

in caso di accertamento dello stato di gravidanza ne darà tempestiva comunicazione al Direttore della propria Scuola, sollevando l'Università da responsabilità civile e penale per omessa dichiarazione o nel caso di dichiarazioni false e mendaci.

La sottoscritta si impegna inoltre a trasmettere copia della predetta comunicazione al Servizio Formazione Post Lauream.

La sottoscritta prende inoltre atto che ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali (d.Lgs. 196/2003), i dati personali (nome e cognome, indirizzo, telefono) e sensibili (stato di gravidanza), conferiti dall'interessata saranno trattati in formato cartaceo ed elettronico, per le finalità connesse alla tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici gestanti (D.Lgs. n. 151/2001 e successive integrazioni e modifiche) ed in conformità al regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari dell'Università. I dati saranno trattati dal personale appositamente designato incaricato al trattamento e dal Medico competente. L'interessata può esercitare sui propri dati i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (rettifica, aggiornamento, integrazione, ecc.) facendone richiesta agli uffici ai quali tali dati sono stati da lei forniti.

Luogo e data

Firma

DOCUMENTI DA PRESENTARE PER L'IMMATRICOLAZIONE

1. Domanda compilata in ogni sua parte
2. N. 2 fotografie formato tessera con scritto nome e cognome sul retro
3. Fotocopia dell'attestazione del versamento tramite bonifico bancario di € 234,00 relativo al pagamento della prima rata mensile delle tasse
4. Fotocopia di un documento di identità personale
5. Modulo INPS e riscossione trattamento economico
6. **SOLO PER LE DOTTORESSE**: dichiarazione di presa visione del "Regolamento per la frequenza dei laboratori da parte delle studentesse in stato di gravidanza"

COME COMPILARE LA DOMANDA

La domanda deve essere compilata con scrittura a stampatello e con l'indicazione di tutti i dati richiesti.

Cognome: in caso di due cognomi deve essere lasciato uno spazio in bianco a separazione degli stessi

Nome: in caso di nomi composti riportare entrambi i nomi solo se risultano dal codice fiscale. In caso contrario riportare solo il primo.

Indirizzo: indicare il nome della via ed il numero civico anteposando le parole "Via", "V.le", "P.zza", etc...

Provincia: deve essere indicata la sigla automobilistica. Per Roma indicare RM