

Modulo 4

RISERVATO

**AGLI ISCRITTI ALL'ULTIMO ANNO DI UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICA DELL'UNIV. DI PADOVA
O DI ALTRE UNIVERSITÀ
E AGLI ISCRITTI AL PENULTIMO ANNO DI SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICA DELL'UNIV. DI PADOVA**

La/Il sottoscritta/o Cognome e Nome _____
nata/o a _____ il _____

consapevole che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 DPR 445/2000)

DICHIARA

(barrare la casella che interessa)

- di essere iscritta/o a presso l'Ateneo di _____ **all'ultimo anno** Scuola di specializzazione medica in _____

- di essere iscritta/o presso **l'Ateneo di Padova** al penultimo anno della Scuola di specializzazione medica in _____

DICHIARA INOLTRE

- che la Scuola di specializzazione medica terminerà in data _____;
- di aver ottenuto l'autorizzazione alla frequenza congiunta da parte della Scuola di specializzazione medica a cui è iscritto;
- di impegnarsi a svolgere le attività previste per i dottorandi e secondo quanto determinato dal Collegio Docenti del Corso di dottorato;
- di essere consapevole che entro un mese prima del termine della frequenza congiunta dovrà richiedere al Collegio docenti del Corso di dottorato il riconoscimento del periodo di frequenza congiunta;
- se iscritto in un posto con borsa di studio per dottorato di ricerca, di essere consapevole che la borsa di dottorato sarà erogata a partire dal termine del periodo di frequenza congiunta e fino al termine del corso di dottorato

Firma

Luogo e data _____

(allegare anche l'autorizzazione della Scuola di specializzazione medica alla frequenza congiunta)