

**AMMINISTRAZIONE CENTRALE**  
AREA DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI  
UFFICIO DOTTORATO DI RICERCA

**Modulo 2**

**RISERVATO**  
**AGLI ISCRITTI AD UNA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICA**

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 \_\_\_\_\_ alla Scuola di specializzazione medica in \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno.

**DICHIARA INOLTRE**

- che la Scuola di specializzazione medica terminerà in data \_\_\_\_\_;
- di aver ottenuto attestazione di compatibilità alla frequenza congiunta, anche in considerazione della distanza tra le sedi, delle attività e dell'impegno previsto, da parte della Scuola di specializzazione medica a cui è iscritta/o;
- di aver ottenuto attestazione di compatibilità alla frequenza congiunta, anche in considerazione della distanza tra le sedi, delle attività e dell'impegno previsto, da parte del Collegio Docenti del Corso di Dottorato;
- di impegnarsi a svolgere le attività previste per i dottorandi e secondo quanto determinato dal Collegio Docenti del Corso di dottorato;
- 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 del Consiglio della Scuola di Specializzazione medica e del Collegio Docenti del Corso di Dottorato alla frequenza congiunta)