



Rev. 04 08/02/2024

DICHIARAZIONE ASSUNZIONE EX DECRETO CALABRIA

(da compilare, firmare, scansionare e inviare via email a scuolespec.lauream@unipd.it e alla Segreteria della propria Scuola di specializzazione entro 5 giorni dalla sottoscrizione del contratto)

Al Direttore/Alla Direttrice della
Scuola di Specializzazione in

SEDE

All'Ufficio Post Lauream
Settore Scuole di Specializzazione

La/Il sottoscritt _____ nata/o a _____
(Prov. _____) il _____, residente in via _____
_____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov.
_____) tel _____ email _____, iscritta/o al _____
anno della scuola di Specializzazione in _____
_____ (matr. _____),

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di aver stipulato un contratto a tempo determinato ex Decreto Calabria (L. 145/2018)
presso l'Azienda del Servizio sanitario nazionale:

_____ con decorrenza dal _____ al _____
luogo di svolgimento: _____

La/Il sottoscritt __, dichiara inoltre che la struttura sopra menzionata presso cui presterà servizio, è struttura accreditata dal MUR, facente parte della rete formativa della Scuola di Specializzazione cui è attualmente iscritta/o, in alternativa, parte della rete formativa della medesima Scuola di Specializzazione di altro Ateneo.

La/Il sottoscritt __, si impegna inoltre a comunicare tempestivamente l'eventuale interruzione anticipata del contratto o l'eventuale proroga.

Si allega alla presente copia di un documento d'identità.

Luogo e data _____

Firma della/del richiedente _____

