

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 _____

ATTENZIONE:

Allegare anche le autorizzazioni alla frequenza congiunta deliberate da:

- **Consiglio della Scuola di Specializzazione medica**
- **Collegio Docenti del Corso di Dottorato**