



Rev. 04 08/02/2024

**DICHIARAZIONE ASSUNZIONE EX DECRETO CALABRIA**

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

Alla/Al Diretrice/Direttore 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 \_\_\_\_\_

