



Università di Foggia

MODULO DI IMMATRICOLAZIONE

ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)



Università di Foggia

IMPOSTA DI BOLLO VIRTUALE
AUTORIZZAZIONE D.R.E. PUGLIA
SEZ. DI FOGGIA prot. n. 2012/25432

COMPILARE IN MODO CHIARO E A STAMPATELLO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2023/2024

CON DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 ART. 46

AL MAGNIFICO RETTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

COGNOME _____ **NOME** _____

GENERE: ☐ M ☐ F CODICE FISCALE _____

CITTADINANZA _____ ALTRA _____

NASCITA

DATA DI NASCITA ____/____/____ NAZIONE DI NASCITA _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

RECAPITI

TELEFONO _____ CELL _____ (*)

E-MAIL _____ @ _____ (*)

PEC _____ @ _____ (*)

*Diploma di maturità conseguito nell'anno _____ con votazione _____/_____ presso
l'istituto _____ sito nel comune _____

*Data prima immatricolazione sistema Universitario italiano (a qualunque facoltà) _____ Università
di _____ in data _____

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
in data _____ Con votazione di _____

*Abilitazione prof. medica conseguita in data _____ presso Univ. _____

(*) dati necessari per l'immatricolazione in esse3

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art 13 del Bando ministeriale e di impegnarsi a comunicare l'eventuale insorgenza delle stesse in futuro.

☐ di non svolgere attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione e di non avere alcun rapporto convenzionale o precario con il S.S.N. o Enti ed Istituzioni pubbliche e private, ai sensi dell'art. 40 comma 1 del D.Lgs. 17.08.1999 n. 368, salvo quanto disposto dall'art. 19 comma 11 della L. 448 del 28.12.2001 e dall'art. 19 sexies della legge 18/12/2020 n. 176.

oppure

☐ **di impegnarsi a cessare, entro la data di inizio delle attività formative, ogni altro rapporto in essere incompatibile con l'iscrizione alla Scuola di specializzazione, consapevole che in mancanza decadrà dall'immatricolazione.**

☐ di non essere immatricolato/a a nessun corso di studio, master, dottorato, ecc.

☐ di essere immatricolato nell'a.a. _____ al seguente corso di studio, dottorato master, ecc in _____
_____ presso l'Università di _____

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs.30/06/2003 n.196,

CHIEDE

DI ESSERE IMMATRICOLATO/A PRESSO CODESTA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

IN _____

☐ che tutte le competenze vengano accreditate in via continuativa e sino a nuova diversa disposizione, sul conto corrente di cui indica di seguito le coordinate internazionali (IBAN):

IBAN (internazionale)				
Denominazione dell'Istituto di credito (Banca):				
.....				
Sigla internazionale secondo lo standard ISO 3166	Numeri di controllo (due numeri)	BBAN (italiano)		
		CIN (una lettera dell'alfabeto)	ABI (cinque numeri)	CAB (cinque numeri)
IT				

DICHIARA

- ◆ ai fini della legge 335 del 08/08/1995 – INPS GESTIONE SEPARATA, dell'art. 1 comma 300, lettera c) della legge 266 del 23/12/2005 e della circolare INPS n. 37 del 08/02/2007:
(selezionare solo una delle opzioni successive - *N.B. L'iscrizione all'ordine dei medici comporta l'iscrizione all'ENPAM).
 - ☐ di ESSERE iscritto ad altre forme di previdenza: (es. ENPAM*)
oppure
 - ☐ di NON ESSERE iscritto ad altre forme di previdenza;
oppure
 - ☐ che intende iscriversi all'ordine dei medici entro 30 giorni dall'immatricolazione, riservandosi di produrre in seguito la relativa documentazione;
- ◆ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante la propria posizione assicurativa ai fini previdenziali.

Luogo_____data _____

FIRMA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

ALLEGARE:

- ☐ a) Fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità in corso di validità (scansione);
- ☐ b) N. 1 fotografia formato tessera (scansione).
- ☐ f) Eventuale documentazione relativa al possesso dei titoli valutati dalla Commissione nazionale (es. dottorato, ecc).

Per l'attivazione della casella di posta istituzionale, utile anche ai fini dell'accesso alla piattaforma e-learning e di altri servizi universitari collegarsi alla pagina web:

<https://www.unifg.it/posta-elettronica-istituzionale>

TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SOPRA INDICATA DOVRÀ ESSERE CARICATA SU ESSE3 IN SEDE DI IMMATRICOLAZIONE ALLA SCUOLA ALLA QUALE SI È STATI ASSEGNATI.

LA SEGRETERIA SI RISERVA DI EFFETTUARE I DOVUTI CONTROLLI E DI RICHIEDERE INTEGRAZIONE E CORREZIONI DEI DATI E DEI DOCUMENTI FORNITI.

_____(RISERVATO ALL'UFFICIO)_____

ACCETTAZIONE CON RISERVA - ELEMENTI MANCANTI

VERSAMENTO PAGOPA

☐

COPIA COD. FISC.

☐

FOTOGRAFIA

☐

COPIA DOC. IDENT.

☐

ALTRO

☐