



Università di Foggia

MODULO DI IMMATRICOLAZIONE

ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

(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 2024/2025

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)	Numero di conto corrente (dodici 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
☐	☐	☐	☐	☐
