



Università di Foggia

MODULO DI IMMATRICOLAZIONE RISEVATARI SSN

ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

(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 2025/2026

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 essere dipendente del SSN in quanto personale medico chirurgo titolare di rapporto a tempo indeterminato in servizio presso strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale diverse da quelle inserite nella rete formativa della scuola;

☐ di essere in possesso dell'atto formale rilasciato dall'Ente sanitario di appartenenza in cui risulta esplicitato il consenso a far svolgere l'attività formativa a tempo pieno presso le strutture della scuola di specializzazione destinataria del posto riservato SSN durante l'orario ordinario di servizio in luogo dell'attività lavorativa e con oneri a carico dello stesso Ente di appartenenza con conseguente autorizzazione del dipendente ad astenersi, per tutto il periodo di formazione, dall'obbligo di recarsi presso la sede di servizio e di prestare l'attività lavorativa.

☐ 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 _____

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante la propria posizione contrattuale.

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

☐
