

All' Università degli Studi di Palermo
U.O.B Scuole di Specializzazioni
Area medico-sanitaria
c.a. Sig.ra Gaetana AMICO
Piazza Marina, 61
90133 Palermo

OGGETTO: trasmissione modelli di autocertificazione

Al fine della predisposizione del contratto di formazione, il sottoscritto (Cognome) _____
(Nome) _____, trasmette la sottoelencata documentazione:

- modello di dichiarazione sostitutiva di autocertificazione relativo ai propri dati anagrafici e alla posizione contributiva;
- modello raccolta dati bancari.
- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento

Data _____

Firma



Università degli Studi di Palermo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il sottoscritto, avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 ex art. 76, consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà in sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. sopraindicato

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE

Contratto su fondi <i>contrassegnare la casella pertinente</i>		
Ministeriali <input type="checkbox"/>	Regionali <input type="checkbox"/>	Enti Esterni <input type="checkbox"/>

Cognome _____	Nome _____		
nat__a _____	Prov. <input type="text"/>	il <input type="text"/>	<input type="text"/>
residente in _____	Prov. <input type="text"/>	C.A.P. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/C.so/ Piazza _____		N° _____	
domiciliat__ in _____	Prov. <input type="text"/>	C.A.P. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/C.so/ Piazza _____		N° _____	
Tel. N° _____	Cell. N° _____		
Indirizzo e-mail _____			
Codice Fiscale <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Di essere iscritt__ al Primo Anno del corso di specializzazione in _____
- Di essersi classificato al ___ posto nella graduatoria di ammissione, alla suddetta scuola per l'a.a. 2009/10 e pertanto di essere titolare di contratto di formazione specialistica previsto dal Decreto legislativo 17.8.1999 n. 368.



Università degli Studi di Palermo

- Di accettare le condizioni previste dal decreto leg.vo 368/99 e di **IMPEGNARSI** a mantenere i previsti requisiti per tutta la durata legale del corso di specializzazione (anni ____) e in caso contrario a darne tempestiva comunicazione a questa Amministrazione.
- Di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ dal _____ e pertanto di essere iscritto al Fondo previdenziale ENPAM (Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri) e di dover essere soggetto alla ritenuta previdenziale sottoindicata [barrare la voce che interessa]:

Contribuzione INPS relativa ai medici in formazione privi di altra copertura previdenziale

Contribuzione INPS relativa ai medici in formazione già iscritti ad altra Cassa previdenziale

Luogo e data _____ Firma _____



Università degli Studi di Palermo

RACCOLTA DATI BANCARI

 L SOTTOSCRITT

Cognome _____	Nome _____
nat__a _____	Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Codice Fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

CHIEDE

che le mensilità del contratto vengano accreditate con le seguenti modalità:

Assegno per quietanza (firma) _____

Accredito in conto corrente presso:

Banca o Ufficio Postale _____ Città/Filiale _____

Coordinate Bancarie (compilare tutti i campi senza lasciare alcuno spazio vuoto)

Codice Nazionale (2 Lettere)	Check (2 cifre)	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 cifre)	C.A.B. (5 cifre)	N° Conto (12 caratteri)
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

 l sottoscritt CONFERMA tutte le dichiarazioni ed autocertificazioni rese nel presente documento che firma.

Luogo e data _____ Firma _____

Allega fotocopia del **documento d'identità** firmato in calce n. _____ rilasciato da _____ il _____



Università degli Studi di Palermo

Informativa ai sensi dell'art.13 del d.lgs n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”), l’Università degli Studi di Palermo informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell’art. 13, i dati personali da Lei forniti saranno raccolti e trattati nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di formazione specialistica presso l’Università di Palermo. L’eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l’impossibilità per l’Università di perfezionare il rapporto suddetto.

PER ACCETTAZIONE

Luogo e data _____

Firma _____