



Servizio Medicina  
e post laurea

UOC Scuole di specializzazione  
area sanitaria

## **INDICAZIONI OPERATIVE RELATIVE AL CAMBIO DI TIPOLOGIA DI CONTRATTO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA – A.A. 2023/2024**

### **CAMBIO TIPOLOGIA DI CONTRATTO**

Coloro i quali intendano cambiare tipologia di contratto all'interno dell'Università di Pavia fino al 31 ottobre 2024 compreso devono:

1. Inviare all'indirizzo di sportello [sportellospecialita@unipv.it](mailto:sportellospecialita@unipv.it) la seguente documentazione:
  - scansione del modulo allegato, debitamente compilato e firmato
  - scansione di documento d'identità in corso di validità
2. In seguito alla ricezione dell'istanza, la UOC Scuole di Specializzazione di Area sanitaria provvederà all'emissione di una fattura per il pagamento dell'imposta di bollo dell'istanza e ne darà comunicazione allo specializzando (all'indirizzo mail personale di Ateneo) che provvederà ad accedere alla sezione Pagamenti della sua Area Riservata, selezionare la fattura da pagare e scegliere la modalità PagoPA per effettuare il pagamento. Al link <https://portale.unipv.it/it/didattica/corsi-di-laurea/contribuzione-universitaria/come-effettuare-i-pagamenti> sono disponibili le istruzioni per procedere al pagamento tramite PagoPA. Per i candidati residenti all'estero, il pagamento può avvenire esclusivamente con carta di credito, sempre utilizzando la funzione PagoPA.
3. a procedura ultimata il candidato riceverà conferma via email dell'avvenuto cambiamento della tipologia di contratto.



Servizio Medicina  
e post laurea

UOC Scuole di specializzazione  
area sanitaria

Imposta di bollo  
assolta in modo  
virtuale ai sensi  
dell'autorizzazione  
e AdE n.1 del  
22/11/2001

**PASSAGGIO AD ALTRA TIPOLOGIA DI CONTRATTO**

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

**IL SOTTOSCRITTO**

Matricola n. | | | | | |

Codice fiscale .....

Cognome .....	Nome .....
Nato/a a .....	Prov ..... il_.../.../.....
Residente a .....	Prov. .... Cap .....
Via/Piazza .....	N. .... Tel. .... Cell. ....

immatricolato per l'A.A. 2023/2024 al I anno della Scuola di specializzazione in:

\_\_\_\_\_

con contratto

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso per l'anno accademico 2023/2024 al I anno della Scuola di specializzazione in

\_\_\_\_\_

con contratto

\_\_\_\_\_

come previsto dal Decreto 678 del 24/05/2024 (bando di concorso per accesso alle Scuole di specializzazione di area medica)

Data

Firma

Allegato: fotocopia documento d'identità in corso di validità.