



UNIVERSITÀ DI PAVIA

MODULO PER COMUNICAZIONE ASSUNZIONE INCARICHI

Questo modulo, una volta compilato e firmato, deve essere inviato per email esclusivamente dal proprio indirizzo istituzionale a: sportellospecialita@unipv.it

LA/O SPECIALIZZANDA/O: _____

Email _____ Tel: _____

iscritta/o presso l'Università degli Studi di Pavia – Anno in corso ____

Scuola di Specializzazione in _____

DICHIARA AI SENSI DELL'ART.47 D.P.R. 445/2000

di aver ricevuto la proposta di stipula di uno dei seguenti contratti/incarichi:

☐ incarico di lavoro autonomo ☐ co.co.co., ai sensi dell'art. 2 bis comma 1 lett. a) del DL 18/2020 e ss.mm.ii.

decorrenza dal _____ al _____

Azienda _____ Presidio _____

Unità Operativa _____

Impegno orario: _____

REFERENTE AMMINISTRATIVO AZIENDA

Nome e Cognome/Ufficio _____

Numero di telefono _____

E-mail _____

☐ incarico a tempo determinato ai sensi dell'art. 2 ter, comma 5, del DL 18/2020 ss.mm.ii.

decorrenza dal _____ al _____

Azienda _____ Presidio _____

Unità Operativa _____

Impegno orario: _____

REFERENTE AMMINISTRATIVO AZIENDA

Nome e Cognome/Ufficio _____

Numero di telefono _____

E-mail _____

Il sottoscritto, ai fini del riconoscimento dell'attività svolta e della conseguente ammissione all'esame di profitto annuale per il passaggio all'anno successivo o per l'ammissione all'esame finale, si impegna a verificare che la Struttura presso cui ha svolto l'attività rilasci una relazione che attesti le competenze acquisite.

☐ contratto di lavoro a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, ai sensi di quanto disposto dall' art. 1, commi da 547 a 548 ter, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 ss.mm.ii. (c.d. decreto Calabria)

decorrenza dal _____ al termine della specializzazione

Azienda _____ Presidio _____

Unità Operativa _____

Accreditata in rete formativa della scuola di specializzazione in _____

Dell'Università _____

REFERENTE AMMINISTRATIVO AZIENDA

Nome e Cognome/Ufficio _____

Numero di telefono _____

E-mail _____

Il sottoscritto, ai fini del riconoscimento dell'attività svolta e della conseguente ammissione all'esame di profitto annuale per il passaggio all'anno successivo o per l'ammissione all'esame finale, si impegna a verificare che la Struttura presso cui ha svolto l'attività rilasci una relazione che attesti le competenze acquisite.

☐ incarico provvisorio o di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 2 quinquies, del D.L.n.18 del 17 marzo 2020 ss.mm.ii.

Decorrenza dal _____ al _____

Azienda _____

Luogo di svolgimento _____

Impegno orario: _____

Numero Assistiti: _____

Si ricorda che per gli incarichi MMG che comportino l'assegnazione di un numero di assistiti superiore a 800, l'erogazione degli emolumenti universitari è sospesa per il periodo dell'incarico.

☐ solo per i medici iscritti alla Scuola di specializzazione in Pediatria, incarico provvisorio o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 2 quinquies del DL 18/2020, DL 215/2023 convertito in L. 18/2024 e ss.mm.ii.

Decorrenza dal _____ al _____

Azienda _____

Luogo di svolgimento _____

Impegno orario: _____

La/o Specializzanda/o

Luogo e data _____ Firma _____

Per presa visione Firma del Direttore della Scuola

Luogo e data _____ Firma _____

Ai sensi e per gli effetti del DPGR n. 679/2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.