UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

RICHIESTA ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....

domiciliato a.....Via/P.zza.....

Codice fiscale .....

telef. .....e-mail:.....

vincitore/rice di contratto di formazione specialistica area medica in :

.....

CHIEDE

che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul seguente c/c **intestato a proprio nome o cointestato**, e si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno derivante dal disposto accreditamento:

BANCA .....AGENZIA.....

Indirizzo.....C.A.P. .....

Città .....

COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE (codice IBAN):

It		Cin	ABI							CAB					numero conto											

Data.....

Firma .....

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ (____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) *(indirizzo)*
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di
° medico in formazione specialistica iscritto alla Scuola di Specializzazione in

_____

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

□ di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

o anti-poliomelitica	o non ricordo
o anti-difterica	o non ricordo
o anti-tetanica	o non ricordo
o anti-epatite B	o non ricordo
o anti-pertosse	o non ricordo
o anti-morbillo	o non ricordo
o anti-rosolia	o non ricordo
o anti-varicella	o non ricordo
o anti-parotite	o non ricordo
o anti *Haemophilus influenzae* tipo b	o non ricordo
o anti-influenzale	o non ricordo
o anti-meningococcica C	o non ricordo
o anti-meningococcica B	o non ricordo
o anti-pneumococco	o non ricordo
o anti-epatite A	o non ricordo
o anti-*papillomavirus*	o non ricordo
o anti-*herpes zoster*	o non ricordo
o anti-*rotavirus*	o non ricordo
o anti-tbc	o non ricordo
o	

_____
(Luogo, data)

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DICHIARAZIONE AI FINI PREVIDENZIALI DEL MEDICO CON CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA AI SENSI DELL'ART. 37, COMMA 2, DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 368/1999 (ATTUATO CON DPCM 6/7/2007)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, codice fiscale (se straniero anche il codice di identificazione fiscale rilasciato dallo Stato di appartenenza) _____, sesso (M o F) _____,
residente a _____, via _____
c.a.p. _____, tel. _____, cell. _____

e-mail _____, ai fini della stipula del contratto di formazione specialistica presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

D I C H I A R A

Ai fini dell'applicazione del contributo di cui all'art.2, comma 26 della L. 8 agosto 1995 n.335, di cui all'art. 1, comma 300, lettera c) della Legge 23/12/2005, n. 266 e di cui alla circolare INPS n. 37 del 08/02/2007 e successiva nota INPS n. 489 del 22/02/2007 di essere tenuto/a alla iscrizione presso la gestione separata INPS e di prendere atto che l'Università opererà la ritenuta contributiva nella misura di 1/3 del contributo dovuto all'INPS; tale contributo dovrà essere applicato nella misura del (barrare il caso che interessa):

☐ 24% in quanto il sottoscritto è in possesso della seguente copertura previdenziale obbligatoria:

ENPAM SI ☐ NO ☐

☐ 34,23% in quanto il sottoscritto non ha altra copertura previdenziale obbligatoria (*)

Comunica inoltre i dati del coniuge non fiscalmente a carico:

Cognome e nome del coniuge: _____,

nato/a _____, il _____,

codice fiscale del coniuge: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Firma _____

Il/La sottoscritto/a conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che importi modificazioni al regime contributivo, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali, impegnandosi a sostenere tutti gli oneri o responsabilità dovessero derivare all'Università dalla mancata tempestiva comunicazione delle variazioni a quanto sopra dichiarato.

Data _____ *Firma* _____

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

L'informativa per il trattamento dei dati personali degli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e degli studenti, laureandi, laureati, borsisti, specializzandi e dottorandi dell'Università degli Studi di Firenze è pubblicata sul sito di Ateneo al percorso Home page>Ateneo>Protezione dati, al seguente link: https://www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html

Firenze, lì _____ *Per presa visione, il/la dichiarante* _____

(*) aliquota variabile art.2 comma 57 legge 92 del 28/06/2012 e successive.