

Autocertificazione Iscrizione all'Albo Professionale dei Medici - Chirurghi Concorso (SSM 2018/2019)

Io sottoscritto,

Dr./Dr.ssa

nato/a il a

codice fiscale

ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445),

dichiaro:

- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici – Chirurghi della provincia di a far data da

oppure

- di non essere attualmente iscritto/a a nessun Albo Professionale dei Medici – Chirurghi ma, a seguito dell'ottenimento del possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo in data, di impegnarmi ad effettuare l'iscrizione all'Albo Professionale dei Medici – Chirurghi della provincia di entro la data del 1 novembre 2019.

Data e luogo

.....

In fede

.....

Autocertificazione Possesso dell'Identità Digitale di cui al Sistema pubblico SPID (<https://www.spid.gov.it/>) - Concorso (SSM 2018/2019)

Io sottoscritto,

Dr./Dr.ssa

nato/a il a

codice fiscale

ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445),

dichiaro:

dichiaro di essere in possesso di identità digitale di cui al Sistema pubblico SPID rilasciata da....., che risulta nell'elenco degli Identity Provider Accreditati da AGID (Agenzia per l'Italia digitale).

Data e luogo

.....

In fede

.....



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/riche 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 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, li _____ Per presa visione, il/la dichiarante _____

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

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:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanea | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-influenzale | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite A | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-papillomavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-herpes zoster | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rotavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tbc | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> | |

(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.