

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ARTICOLO 46 DEL DPR 28/12/2000 N. 445)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ () il _____

Matr. S _____ Scuola di Specializzazione in _____

Con Contratto finanziato da Bulgheroni SpA

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

- 1. di essere iscritto all'ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri alla data d'inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione;
- 2. di non richiedere trasferimento presso altro Ateneo perché il contratto é finanziato all'Università degli Studi dell'Insubria;
- 3. di impegnarsi a prestare servizio presso SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento della specializzazione.

Varese _____

Firma _____
(firma per esteso)

Ai sensi del D.L.30/06/2003, n. 196, si informa che i dati comunicati saranno trattati nel rispetto delle finalità per cui sono richiesti.