

**COMPATIBILITA' DELLA BORSA DI STUDIO PER LA FREQUENZA DELLA SCUOLA
DI SPECIALIZZAZIONE SANITARIA IN**

.....

AUTOCERTIFICAZIONE CONCERNENTE DATI PERSONALI

**Alla Magnifica Rettrice
dell'Università degli Studi dell'Insubria**

Il/La sottoscritt... (cognome) (nome)
nato/a il/...../ Codice fiscale.....
residente a via n.....
prov.....c.a.p.....
tel..... e-mail.....
iscritto per l'a.a. 2025/2026 al I° anno della Scuola di Specializzazione sanitaria
in.....

- ai fini dell'attribuzione della borsa di studio prevista dalla legge n. 401 del 29 dicembre 2000 art. 8 comma 1bis, così come modificata dalla legge 207 del 30 dicembre 2024;
- ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

di **ACCETTARE** per l'a.a. **2025/2026** la corresponsione della borsa di studio per la frequenza alla Scuola di Specializzazione e pertanto:

- **di impegnarsi a NON superare per l'anno solare 2026, il reddito personale complessivo annuo lordo di € 7.746,85.** Ai sensi dell'art. 2 del Decreto ministeriale del 19 aprile 1990 alla determinazione di tale reddito concorrono i redditi di origine patrimoniale, nonché emolumenti di qualsiasi altra natura aventi carattere ricorrente, con esclusione di quelli aventi natura occasionale o derivanti da servizio militare di leva. L'Amministrazione si riserva di fare gli opportuni controlli presso gli Uffici distrettuali delle imposte dirette;
- **di non usufruire contemporaneamente di altra borsa di studio a qualsiasi titolo conferita,** ad eccezione di quelle concesse da istituzioni nazionali o straniere utili a integrare, con soggiorni all'estero, l'attività di formazione o di ricerca dei borsisti, ai sensi dell'art. 6, comma 1 della Legge 398/89

- di voler ricevere il pagamento delle mensilità di borsa di studio al seguente conto corrente:

Nome Istituto di credito: _____

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

Varese, li _____

IL DICHIARANTE

NB: allegare copia del documento di identità in corso di validità.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi dell'Insubria.
(Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lg. 30/6/2003, N. 196).