



**DICHIARAZIONE ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO**

L. 145/2018 e s.m.i. (Ex Decreto Calabria)

Scuole di Specializzazione di Area Medica

Matr. n° \_\_\_\_\_

**All'Ufficio Dottorato e  
Formazione Post Lauream**

**Scuole.spec@uninsubria.it**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'a.a. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso della Scuola di Specializzazione in

\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76

del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

di aver stipulato un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato ai sensi della L. 30 dicembre 2018, n.145 e

s.m.i., art.1, commi da 547 a 548-ter presso l'Azienda sanitaria/Ente del SSN:

\_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e che la data di fine del proprio contratto di formazione specialistica è prevista per il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a, si impegna inoltre a comunicare **tempestivamente** l'eventuale interruzione anticipata del contratto di lavoro subordinato a tempo determinato o l'eventuale proroga dello stesso mediante la compilazione di un nuovo modulo.

Varese, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_