

## DICHIARAZIONE MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Questo modulo va compilato, firmato, scansionato (o in alternativa firmato digitalmente) e inviato per email esclusivamente dal proprio indirizzo istituzionale a: [specializzazioni@unisi.it](mailto:specializzazioni@unisi.it)

Al Magnifico Rettore

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Matricola, Cognome, Nome, Scuola di Specializzazione (scrivere sul rigo qui sopra)

### DICHIARA AI SENSI DELL'ART.47 D.P.R. 445/2000

incarico di lavoro autonomo, anche co.co.co., ai sensi dell'art. 2 bis comma 1 lett. a) della L. 27/2020, DL 198/22 convertito in L. 14/2023.

Azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

incarico a tempo determinato ai sensi dell'art. 2 ter comma 5 della L. 27/2020, DL 198/22 convertito in L. 14/2023.

azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

solo per i medici iscritti alla Scuola di spec.ne in Pediatria, incarico provvisorio o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 2 quinquies L. 27/2020, DL 198/22 convertito in L. 14/23.

azienda del Servizio sanitario nazionale \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

durata: \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento: \_\_\_\_\_

modalità e impegno orario: \_\_\_\_\_

ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica e della guardia medica turistica di \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PER PRESA VISIONE**

**FIRMA DEL DIRETTORE DELLA SCUOLA**

\_\_\_\_\_