Il sottoscritto (cognome) _____

(nome) _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

cittadinanza _____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

iscritto nell'anno accademico 2017/2018 al 1° anno della Scuola di specializzazione in _____ e titolare del contratto di formazione specialistica previsto dal D.Lgs. n. 368/1999, al quale si applica il regime contributivo previsto dall'articolo 41.2

**Dichiarazioni (*) ai fini della contribuzione previdenziale (gestione separata INPS)**

## Dichiara

*[barrare e compilare solo se ricorre il caso]*:

☐ di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi della Provincia di _____ dalla data del _____ e, pertanto, di essere iscritto al Fondo previdenziale ENPAM (Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri).

## Dichiara

di dover essere soggetto alla ritenuta previdenziale sotto indicata *[barrare la voce che interessa]*:

☐ contribuzione INPS attualmente del 33,72%, in quanto privo di altra copertura previdenziale;

☐ contribuzione INPS attualmente del 24%, in quanto già iscritto ad altra Cassa/Fondo previdenziale.

## Dichiara

di essere a conoscenza di dover comunicare immediatamente all'Università di Pisa gli eventuali elementi che modifichino le dichiarazioni rese nel presente modulo.

**Data** _____ **FIRMA (il medico specializzando)** _____

**Dichiarazioni (*) obbligatorie ai fini della predisposizione della Certificazione Unica da parte dell'Università (Provvedimento dell'Agenzia delle Entrate n. 7786/2016)**

Il sottoscritto **dichiara** altresì quanto segue:

❖ CONIUGATO (coniuge non legalmente né effettivamente separato) SI ❑ NO ❑

Se SI indicare del coniuge: Nome_____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Se il coniuge è a carico barrare SI ❑ se il coniuge non è a carico barrare NO ❑

❖ FIGLI E ALTRI FAMILIARI A CARICO SI ❑ NO ❑

Nome_____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome_____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

[IN CASO DI NECESSITÀ ALLEGARE UNA PAGINA AL PRESENTE MODULO CON I DATI DEGLI ALTRI FAMILIARI A CARICO]

Il sottoscritto dichiara infine di essere a conoscenza di dover comunicare immediatamente all'Università di Pisa ogni eventuale variazione e integrazione dei dati sopra indicati.

**Data** _____ **FIRMA (il medico specializzando)** _____

**Trattamento dati personali**: I dati personali forniti dai candidati saranno trattati in conformità alle disposizioni del Regolamento Generale sulla protezione dei dati Personali (GDPR) di cui al Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. I dati personali forniti saranno raccolti dall'Università per le finalità di gestione della carriera universitaria e trattati con modalità cartacea e informatizzata. L'eventuale rifiuto a fornire i dati di cui sopra avrà come conseguenza l'impossibilità per l'Università di perfezionare il rapporto di formazione specialistica.

**(*) Dichiarazioni rese**: Le dichiarazioni sono rese ai sensi del DPR n. 445/2000. L'Università di Pisa si riserva di procedere ad un controllo sul contenuto delle dichiarazioni espresse. Nel caso in cui si accertino dichiarazioni false o mendaci, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Restano ferme le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del DPR n. 445) e l'Università provvederà al recupero degli eventuali benefici concessi e tratterrà interamente la contribuzione pagata.