

Il sottoscritto (cognome) _____
(nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
cittadinanza _____
codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto nell'anno accademico 2022/2023 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

- ❖ di essere a conoscenza che l'ammissione alla scuola è condizionata al possesso, entro la data del 1° novembre 2023, dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, il cui esercizio è condizionato all'iscrizione al relativo ordine professionale;
- ❖ di essere a conoscenza di dover comunicare immediatamente all'Università di Pisa gli eventuali elementi che modifichino le dichiarazioni rese nel presente modulo.

Dichiara

[barrare la voce che interessa]:

☐ di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi della Provincia di _____ dalla data del _____
e di essere iscritto al Fondo previdenziale ENPAM (Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri) e, per tanto, di essere soggetto alla contribuzione INPS attualmente del 24%

☐ di non essere ancora iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi e dunque soggetto alla contribuzione INPS attualmente del 33,72%, in quanto privo di altra copertura previdenziale

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.

L'informazione resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, relativa al trattamento dei dati personali è pubblicata alla pagina internet <https://www.unipi.it/index.php/servizi-di-segreteria/item/18487-trattamento-dei-dati-personali-degli-studenti>

(*) 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 tratterà interamente la contribuzione pagata.