

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Parma

Io sottoscritto .....  
valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 3 e 46, D.P.R. 445/2000 e consapevole, ex art. 76, che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza dai benefici di cui all'art. 75

**DICHIARO**

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione medico chirurgo

.....  
(Ateneo-sessione-anno)

**ovvero**

- di non aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione medico chirurgo ma di conseguirla entro la data di inizio delle attività didattiche, fissata per l'A.A. 2021/2022 al 1° novembre 2022, così come previsto dalla normativa vigente (comma 433, dell'art. 2 della legge n. 244/2007 e Regolamento n.130/2017; art. 4, comma 1, Decreto Dirigenziale 27 maggio 2022 n. 909 Bando di ammissione alle Scuole di Specializzazione Mediche a.a. 2021/2022)<sup>1</sup>.
- di non trovarmi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente (art. 40, D.Lgs. 368/99; Regolamento in materia di Scuole di Specializzazione emanato dall'Università di Parma; art. 13, Decreto Dirigenziale 27 maggio 2022 n. 909 Bando di ammissione alle Scuole di Specializzazione Mediche a.a. 2021/2022)

**ovvero**

- di trovarmi attualmente in situazione di incompatibilità, in quanto  
\_\_\_\_\_ e di impegnarmi a rimuoverla entro la data di inizio delle attività didattiche della Scuola di Specializzazione (ossia entro il 1° novembre 2022), pena la decadenza dalla presente immatricolazione;
- di avere attivato l'identità digitale di cui al sistema pubblico SPID, come previsto dal bando di ammissione 2022;
- di aver preso visione del Codice etico e di comportamento dell'Università di Parma, pubblicato alla seguente pagina web:
- o <https://www.unipr.it/codice-etico> e di impegnarmi a prendere visione dei Codici di comportamento delle Aziende sanitarie in cui si svolgerà la mia formazione;
- di aver preso visione del Regolamento in materia di Scuole di Specializzazione, pubblicato alla seguente pagina web:
- o <https://www.unipr.it/node/12812>
- di essere consapevole che le comunicazioni istituzionali avverranno **esclusivamente** attraverso le caselle di posta elettronica istituzionale (nome.cognome@unipr.it), che mi impegno ad attivare e consultare periodicamente.
- di essere consapevole che l'iscrizione è disposta con riserva, anche per consentire le verifiche sulla documentazione presentata dal candidato, e che si potrà procedere all'annullamento

---

<sup>1</sup> In caso di abilitazione all'esercizio della professione conseguita all'estero, entro la suddetta data è richiesto il possesso del Decreto di riconoscimento del titolo ai fini dell'esercizio della professione medica rilasciato dal Ministero della Salute.

dell'immatricolazione in caso di difetto dei requisiti prescritti per partecipare alla selezione o di dichiarazione non veritiere in merito ai titoli di studio posseduti e a tutte le informazioni che incidono sulla determinazione del punteggio.

Parma, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

---

Si allega documento di identità in corso di validità