

Io sottoscrittonato a.....
il.....cf.....cittadinanza.....

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. 2023/2024 al 1° novembre 2024, 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 Direttoriale 24 maggio 2024 n. 678 Bando di ammissione alle Scuole di Specializzazione Mediche a.a. 2023/2024)¹.
- 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 Direttoriale 24 maggio 2024 n. 678 Bando di ammissione alle Scuole di Specializzazione Mediche a.a. 2023/2024)

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 2024), pena la decadenza dalla presente immatricolazione;

- 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 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

¹ 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.