



**AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI SERVIZIO  
RILASCIATO DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
(artt. 46 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Parma

Io sottoscritt\_\_ cognome ..... nome .....

nat\_\_ a ..... il .....  
(comune) (provincia)

codice fiscale ..... cittadinanza .....

residente a ..... via ..... n. ....  
(comune) (provincia)

CAP ..... tel. ....

domiciliato a ..... via ..... n. ....  
(comune) (provincia)

CAP ..... tel. .... cellulare ..... e-mail .....

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

**dichiaro sotto la mia responsabilità:**

- di prestare servizio presso (\*) .....  
di ..... Ospedale di .....  
a tempo pieno nel\_\_\_ Divisione/Reparto/Servizio, ecc. ....  
e che tale struttura risulta non essere convenzionata con l'Università di Parma per il percorso formativo della Scuola di Specializzazione.  
Di ricoprire la posizione funzionale di .....  
di ruolo a tempo indeterminato e con rapporto di lavoro a tempo pieno  
disciplina .....

(\*) Indicare Ente di appartenenza: ASL n° , Azienda Ospedaliera, ecc.

- di essere a conoscenza del divieto di iscrizione contemporanea a corsi di laurea triennali, corsi di laurea specialistica, dottorati di ricerca, corsi di diploma di specializzazione e master presso la stessa o altra università (art. 2 comma 1 e art. 29 comma 2 del Regolamento Didattico di Ateneo).

Parma, .....  
.....  
(firma)