



REGIONE BASILICATA
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA
UFFICIO RISORSE UMANE DEL S.S.R.

DICHIARAZIONE DA RENDERSI AI SENSI DELL'ART. 47 DPR N. 445 DEL 28/12/2000

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

e residente a _____

alla Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Ammesso alla frequenza del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui alla D.G.R. n. _____ consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorrerebbe nelle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

1. che allo stato attuale non esiste nei suoi confronti alcuna delle incompatibilità previste dall'art. 11 del Decreto del Ministero della Salute 07/03/2006, ai fini della frequenza al corso (rapporti di dipendenza pubblici o privati, rapporti convenzionali o consulenze anche di carattere temporaneo con amministrazioni ed enti pubblici o privati, iscrizione a frequenza a corsi di specializzazione o di dottorato di ricerca);
2. di essere consapevole che ai medici in formazione, di cui al corso triennale in argomento, sono consentite unicamente le sostituzioni previste dell'art. 19 comma 11 della L. 448 del 28/12/2001, come richiamata al comma 2 dell'art. 11 del D.M. 07/03/2006;
3. di essere consapevole che la deroga di cui al precedente punto 2) ha carattere eccezionale e che è esclusa la possibilità di estendere la stessa ad altri rapporti di lavoro;
4. di essere consapevole che ai medici in formazione, di cui al corso triennale in argomento, sono consentiti gli incarichi, acquisiti successivamente all'avvio del corso, di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 135/2018, convertito in Legge con modificazioni n. 12/2019;
5. di essere consapevole che durante lo svolgimento del corso e per tutta la sua durata non può usufruire di altra borsa di studio o altri analoghi assegni o sovvenzioni;
6. di rinunciare, per l'intera durata del corso, a qualsivoglia rapporto che determini incompatibilità di cui al punto 1);
7. di essere consapevole che in presenza di accertata incompatibilità ne consegue l'espulsione del medico tirocinante dal corso, a prescindere della durata della contemporanea coesistenza tra attività formativa e rapporti che determinano situazioni di incompatibilità;
8. di impegnarsi, in caso di insorgenza di situazioni di incompatibilità, a rinunciare spontaneamente al corso;
9. **di essere attualmente titolare del seguente incarico convenzionale di cui all'ACN vigente:**

Data _____

IN FEDE _____

(FIRMA)