

**Allegato parte integrante**  
Allegato B)

Alla  
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
Servizio Politiche sanitarie e per la non  
autosufficienza  
Ufficio formazione e sviluppo delle risorse  
umane  
Via Gilli, n. 4  
38121 – TRENTO

**serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER FREQUENZA SCUOLA DI  
SPECIALIZZAZIONE  
ANNO ACCADEMICO 2012/2013**

*(Legge provinciale 9 settembre 1996, n. 8, art. 37)*

*(Deliberazione della Giunta provinciale n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_)*

**(Da presentare entro il 30 settembre 2013 a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del bando sul BUR)**

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale

fax \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata  
(PEC) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione del contributo per la specializzazione ai sensi dell'articolo 37 della L.P. 8/96.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non



veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

### DICHIARA

- di essere stato **ammesso** per l'anno accademico 2012/2013 al 1° anno di corso della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso la Scuola/Università di \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

con concorso o esame di ammissione e di aver ottenuto il punteggio pari a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

senza concorso o esame di ammissione e di aver svolto le seguenti attività (*indicare le attività di ricerca e produzione scientifica realizzate, le attività professionali e didattiche svolte e le attività di formazione permanente e complementare partecipata, con l'indicazione della sede e relativo periodo*)

---

---

---

- di essere **residente** nel Comune di \_\_\_\_\_ della Provincia di Trento dalla data 1 novembre 2012;

- di essere in possesso della **laurea** in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_ con il seguente voto di laurea \_\_\_\_\_

- che il piano di studi della **Scuola** di specializzazione prevede che la stessa abbia la durata di \_\_\_\_\_ anni;

- che l'impegno previsto dall'ordinamento didattico della scuola per l'effettuazione delle attività didattiche teoriche e pratiche è pari a \_\_\_\_\_ ore annue;

- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione (ove richiesta)

SI  NO;

- di non esercitare attività professionali in strutture sanitarie con rapporto a tempo indeterminato;

di **non** aver esercitato nell'anno 2011 attività professionale e/o lavorativa

di **aver esercitato** nell'anno 2011 attività professionale e/o lavorativa conseguendo un reddito **imponibile** per tali attività:

inferiore a Euro 11.580,00

pari ad Euro \_\_\_\_\_ (*se superiore*)

di non usufruire di altre analoghe provvidenze;

Il/La sottoscritto/a si impegna a prestare servizio, in caso di assunzione nell'ambito del Servizio sanitario provinciale, per un periodo di almeno 5 anni ed a restituire proporzionalmente il contributo qualora non rispetti tale impegno.

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, cessazioni o interruzioni occorse durante il periodo di specializzazione.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: bando di concorso per contributi per la specializzazione di personale sanitario laureato non medico;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento;
- responsabile del trattamento è il dirigente del Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

Luogo e data  
DELL'INTERESSATO

FIRMA

.....

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

\_\_\_\_\_

*(indicare in stampatello il nome del dipendente)*

- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore