



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Il sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici conseguenti a qualsiasi provvedimento o atto dell'Amministrazione emesso sulla base di dichiarazione non veritiera, di cui all'art. 75 del citato D.P.R. 445/2000

RILASCIARE LE SEGUENTI DICHIARAZIONI

SEZIONE 1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome			
Nome			Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita	Comune	Prov.	
Data di Nascita		Stato	
Cittadinanza			
Residenza/ Domicilio fiscale	Comune	Prov.	
	Indirizzo	Stato	
Domicilio (Solo se diverso da residenza)	Comune	Prov.	
	Indirizzo	Stato	
Telefono	Cellulare	Fax	
e-mail			

Con la presente dichiarazione, il sottoscritto autorizza gli Uffici all'inoltro di comunicazioni e documenti a mezzo posta elettronica all'indirizzo sopra indicato e si impegna a comunicare tempestivamente ogni intervenuta variazione relativa ai dati comunicati al seguente indirizzo: scuole.spec@amm.units.it

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. [13 del D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003](#), di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei propri dati personali.

Per informazioni relative alla liquidazione dei compensi rivolgersi a stipendi@amm.units.it



SEZIONE 2 - DATI FISCALI, PREVIDENZIALI, ASSISTENZIALI

Il sottoscritto/a	COGNOME E NOME (indicare nuovamente)
Codice fiscale		

DICHIARA

Sez. A	Di essere iscritto all'Albo dei medici di.....	Provincia	Numero iscrizione	Data/...../.....
Sez. B	Di essere titolare di pensione diretta (qualsiasi tipo di pensione purché non di reversibilità)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Di essere iscritto ad una cassa obbligatoria per il versamento dei contributi previdenziali: (se SI barrare la casella che interessa nell'elenco)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> 001	Pensionati di tutti gli enti obbligatori	<input type="checkbox"/> 002	Iscritti a gestione separata INPS titolari di pensione previdenziale diretta Circ. INPS n. 42 26/02/2000
	<input type="checkbox"/> 101	Fondo pensioni lavoratori dipendenti (F.do INPS)	<input type="checkbox"/> 306	Consulenti del lavoro
	<input type="checkbox"/> 102	Artigiani	<input type="checkbox"/> 307	Notai
	<input type="checkbox"/> 103	Commercianti	<input type="checkbox"/> 308	Medici <input type="checkbox"/> ENPAM
	<input type="checkbox"/> 104	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni	<input type="checkbox"/> 309	Farmacisti
	<input type="checkbox"/> 105	Versamenti volontari	<input type="checkbox"/> 310	Veterinari
	<input type="checkbox"/> 106	Versamenti figurativi (Cassa integrazione e guadagni, etc..)	<input type="checkbox"/> 311	Chimici
	<input type="checkbox"/> 201	Dipendenti EE. Locali, Enti pubblici non economici, Amm.ni dello Stato (F.di INPDAP)	<input type="checkbox"/> 312	Agronomi
	<input type="checkbox"/> 401	Dirigenti d'azienda (F.di INPDAL)	<input type="checkbox"/> 313	Geologi
	<input type="checkbox"/> 501	Lavoratori dello spettacolo (F.di ENPALS)	<input type="checkbox"/> 314	Attuari
	<input type="checkbox"/> 601	Lavoratori Poste Italiane (F.di IPOST)	<input type="checkbox"/> 315	Infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia
	<input type="checkbox"/> 301	Dottori commercialisti	<input type="checkbox"/> 316	Psicologi
	<input type="checkbox"/> 302	Ragionieri	<input type="checkbox"/> 317	Biologi
	<input type="checkbox"/> 303	Ingegneri ed architetti	<input type="checkbox"/> 318	Periti Industriali
	<input type="checkbox"/> 304	Geometri	<input type="checkbox"/> 319	Agrotecnici, Periti agrari
<input type="checkbox"/> 305	Avvocati	<input type="checkbox"/> 320	Giornalisti	
	ALTRO	<input type="checkbox"/> 321	Spedizionieri	
Sez. C	Di essere iscritto alla gestione separata INPS di cui alla L. 335/1995 (In caso di mancata iscrizione lo specializzando dovrà provvedere personalmente ad aprire una posizione presso l'Inps.)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Di aver percepito nell'anno 2023 compensi assoggettati alla gestione separata INPS superiori a Euro 100.324,00			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SEZIONE 3 - MODALITÀ DI PAGAMENTO (Terms of Payment)

MODALITÀ DI PAGAMENTO - Barrare la casella che interessa - tick the appropriate box											
<input type="checkbox"/>	Accreditamento su C/C italiano, intestato o co-intestato (codice IBAN obbligatorio) for payment into an Italian current account										
CODICE IBAN											
Paese	Check Digit	Cin	ABI	CAB	n. conto corrente						
Paese: 2 caratteri alfabetici IT per Italia				Check Digit: 2 caratteri numerici							
CIN: 1 carattere alfabetico				codice ABI: 5 caratteri numerici							
CAB: 5 caratteri numerici				c/corrente: 12 caratteri alfanumerici (No caratteri speciali / -)							

LOCALITÀ

DATA

(firma del dichiarante)