

**RICHIESTA VERIFICA DISPONIBILITÀ POSTI DA COPRIRE MEDIANTE TRASFERIMENTO DA UNA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI ALTRO ATENEIO- RICHIESTA NULLA OSTA**

**Al Magnifico Rettore
dell' Università degli studi di Catania**
Ufficio Scuole di Specializzazione di
area medica

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ residente in via _____

n° _____ C.A.P. _____ e-mail _____ cellulare _____

iscritto/a per l'anno accademico _____ al _____ anno di corso della Scuola di Specializzazione in
_____ presso l'Università di _____

Preso atto che il trasferimento è condizionato preliminarmente al numero dei posti disponibili e, in caso positivo, alla valutazione della carriera pregressa e all'accettazione del trasferimento da parte del Consiglio della Scuola/ Comitato ordinatore di codesta Università, previo nulla osta rilasciato dalla Scuola a cui attualmente il/la sottoscritto/a risulta/a iscritto/a

CHIEDE

la disponibilità del posto per il _____ anno di corso, a.a. _____ della Scuola di specializzazione in _____ e, in caso positivo, la valutazione della carriera pregressa e il rilascio del nulla osta da parte del Consiglio della predetta Scuola o del Comitato ordinatore della stessa affinché il/la sottoscritto/a possa trasferirsi presso codesto Ateneo.

A tal fine:

- Dichiaro di usufruire di un contratto _____;
- dichiaro di occupare un posto riservato quale medico _____;
- dichiaro di aver sospeso la formazione specialistica dal _____ al _____;
- dichiaro di non aver sospeso la formazione specialistica;
- dichiaro di aver effettuato periodi di formazione fuori rete formativa dal _____ al _____;
- dichiaro di non aver effettuato periodi di formazione fuori rete formativa;
- dichiaro di essere a conoscenza che, qualora le domande di verifica dei posti disponibili per la predetta Scuola siano superiori al numero di posti disponibili, la Scuola formulerà una graduatoria secondo il criterio del voto più alto riportato nell'esame di laurea in Medicina e Chirurgia; in caso di parità, in attuazione all'art. 2 comma 9 della L. 16.06.1998, n. 191, precederà lo specializzando più giovane di età;
- allego autocertificazione attestante il voto di laurea in medicina e chirurgia e la sede presso la quale la stessa è stata conseguita, l'anno di iscrizione alla specializzazione con gli esami superati con data e votazione riportata;
- allego copia del piano di studio contenente la tipologia di attività, l'ambito disciplinare, i Settori Scientifici Disciplinari con i relativi CFU rilasciato dall'Università di provenienza;
- allego Nulla Osta rilasciato dalla Scuola di Specializzazione dell'Università di provenienza;
- allego copia di un documento di identità valido.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Tel. fisso _____ / _____ Tel. Cellulare _____
Indirizzo e – mail _____

Si impegna, infine, nel caso di accettazione del trasferimento da parte del Consiglio/Comitato ordinatore della Scuola, a pagare la prima rata del contributo onnicomprensivo previsto da codesta Università e a prendere servizio alla data di decorrenza del contratto per quell'anno accademico d'iscrizione.

Data.....

Firma

