

Il sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_

codice fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto nell'anno accademico 2024/2025 al 1° anno della Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ e titolare del contratto di formazione specialistica previsto dal D.Lgs. n. 368/1999, al quale si applica il regime contributivo previsto dall'articolo 41.2

**Dichiarazioni (\*) ai fini della contribuzione previdenziale (gestione separata INPS)**

**Dichiara**

- ❖ di essere a conoscenza che l'ammissione alla scuola è condizionata al possesso, entro la data del 1° novembre 2025, dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, il cui esercizio è condizionato all'iscrizione al relativo Ordine professionale che, parimenti, deve essere perfezionata entro l'inizio dell'attività didattica;
- ❖ di essere a conoscenza di dover comunicare immediatamente all'Università di Pisa gli eventuali elementi che modifichino le dichiarazioni rese nel presente modulo.

**Dichiara**

*[barrare la voce che interessa]:*

di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_ e di essere iscritto al Fondo previdenziale ENPAM (Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri) e, pertanto, di essere soggetto alla contribuzione INPS attualmente del 24%

di non essere ancora iscritto all'Ordine professionale dei medici chirurghi e di impegnarsi a provvedere all'iscrizione entro il 1° novembre 2025 (Albo dei medici chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_), pena la decadenza dal diritto all'ammissione alla Scuola.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA (il medico specializzando) \_\_\_\_\_

