



**Università degli Studi di Sassari**  
Area Didattica, Orientamento e Servizio agli studenti  
**Ufficio Alta Formazione**

**AI MAGNIFICO RETTORE**

..I... sottoscritt.... (cognome) ..... (nome) ..... nat... il .../.../.....  
comune di nascita.....residente in .....via .....n° .....  
prov.....c.a.p. .... n° telefono .....e-mail.....  
pec..... regolarmente iscritt.... al ..... anno della Scuola di  
Specializzazione in .....

**DICHIARA**

di essere stat.... assunt.... a tempo determinato con orario a tempo parziale (32 ore) ai sensi della L. 30  
dicembre 2018 n.145 dalla seguente Azienda del Servizio Sanitario Nazionale  
..... dal .../.../..... al .../.../.....  
in qualità di .....

**DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE**

l'assunzione a tempo determinato di cui alla presente dichiarazione non dà diritto, per il relativo periodo, al  
cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, di cui agli articoli 37 e  
seguenti del decreto legislativo n. 368/1999.

Per presa visione

Firma del Direttore della Scuola

.....

Firma Specializzando

.....

Inviare via PEC a: [protocollo@pec.uniss.it](mailto:protocollo@pec.uniss.it)