

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(ARTICOLO 46 DEL DPR 28/12/2000 N. 445)

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Matr. S. \_\_\_\_\_ Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

Con contratto del Gruppo MULTIMEDICA S.p.a.

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

di essere a conoscenza di accettare, entro e non oltre 30 giorni dal titolo di specialista, dal Gruppo Multimedita S.p.a. un contratto di lavoro CCNL AIOP con la Società stessa della durata di tre anni; in caso contrario sarà tenuto a rimborsare l'intero finanziamento.

“Il medico sarà libero da tale vincolo qualora il finanziatore non formuli la proposta di lavoro entro e non oltre 30 giorni dal conseguimento del titolo di specialista.”

Milano \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*(firma per esteso)*

Ai sensi del D.L.30/06/2003, n. 196, si informa che i dati comunicati saranno trattati nel rispetto delle finalità per cui sono richiesti.