UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

SCHEDA: **ANAGRAFICA** ☐ **VARIAZIONE DATI** ☐

CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA MEDICI IN FORMAZIONE

SCUOLA DI SPECIALITA' MEDICA IN

Nome scuola: _____

anno di corso: ____

COGNOME _____
(surname)
NOME _____ **NAZIONALITA'**_____
(name) (nationality)
Data di nascita _____**Sesso**:**F** ☐ **M** ☐ **Luogo di nascita** _____ **prov**. ____
(date of birth) (Place of birth) (Country)
Codice fiscale_____ e-mail _____
(fiscal code)
Residenza : _____ **Città** _____ **cap.** _____ **prov**. _____
(address) (City) (zip-code) (Country)
Domicilio : _____ **Città** _____ **cap**. _____ **prov.** _____
(address) (City) (zip-code) (Country)
Tel. _____ **Cellulare** _____
(phone) (Cell)
Ordine dei Medici (ENPAM): ☐ **ISCRITTO/A** ☐ **NON ISCRITTO/A**

☐ **ACCREDITO IN C/C BANCARIO** -Credit on bank current account- **(Intestato al borsista o cointestato)**

COORDINATE BANCARIE IBAN (IBAN BANKING INFORMATION)

/…/ …/

BANCA _____
Bank
INDIRIZZO BANCA_____
Address

☐ **ASSEGNO CIRCOLARE PRESSO DIREZIONE RISORSE UMANE** Università Statale di Milano
(Cheque sent to the domicile)

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati o, più brevemente, RGDP

DATA …….. FIRMA ……..

N.B. La presente dichiarazione deve essere obbligatoriamente compilata in tutte le sue parti e sarà ritenuta valida fino a nuova comunicazione.

Per informazioni: Direzione Risorse Umane – Ufficio Contratti di Formazione e Ricerca **e-mail: contratti.specializzandi@unimi.it**
Cinzia Denti tel. 02/503.13303 cinzia.denti@unimi.it
Marilena Dibella tel. 02/503.13267 marilena.dibella@unimi.it