



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 allo specializzando o cointestato)**

COORDINATE BANCARIE IBAN (IBAN BANKING INFORMATION)

Swift (BIC) code

(for credit on bank account abroad)

BANCA _____
Bank

INDIRIZZO BANCA _____
Address

ASSEGNO CIRCOLARE PRESSO DIREZIONE RISORSE UMANE Università Statale di Milano

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.