



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.