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 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.

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 Di Bella tel. 02/503.13267 marilena.dibella@unimi.it

versione settembre 2020