



## SCHEDA ANAGRAFICA

### CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA MEDICI IN FORMAZIONE SCUOLA DI SPECIALITA' MEDICA IN

Nome scuola: \_\_\_\_\_  
anno di corso: \_\_\_\_\_

<b>COGNOME</b> _____ (surname)	<b>NOME</b> _____ (name)		
<b>NAZIONALITA'</b> _____ (nationality)	<b>Codice fiscale</b> _____ (fiscal code)		
<b>Data di nascita</b> _____ (date of birth)	<b>Sesso:</b> F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/>	<b>Luogo di nascita</b> _____ (Place of birth)	<b>prov.</b> _____ (Country)
<b>Residenza :</b> _____ (address)	<b>Città</b> _____ (City)	<b>cap.</b> _____ (zip-code)	<b>prov.</b> _____ (Country)
<b>Domicilio :</b> _____ (address)	<b>Città</b> _____ (City)	<b>cap.</b> _____ (zip-code)	<b>prov.</b> _____ (Country)
<b>Tel.</b> _____ (phone)	<b>Cellulare</b> _____ (Cell.)		
<b>e-mail</b> _____			
<b>Ordine dei Medici (ENPAM):</b> ISCRITTO/A <input type="checkbox"/>		NON ISCRITTO/A <input type="checkbox"/>	

**IBAN COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI** (obbligatori 27 caratteri alfanumerici)

Credit on bank current account- (**ATTENZIONE > indicare solo Conto Corrente di cui si è**

**TITOLARE o COINTESTATARIO** .....

Codice Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	C/C (12 caratteri alfanumerici)
____	____	____	____	____	_____

BANCA \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_  
AGENZIA O FILIALE DI \_\_\_\_\_

**Il medico in formazione specialistica ai fini previdenziali deve iscriversi autonomamente alla Gestione Separata INPS cui all'art. 2, comma 26, della Legge 8 agosto 1995, n. 335.**

DATA ..... FIRMA .....

#### **IL/LA SOTTOSCRITTO/A PRENDE ATTO**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (a seguire: Regolamento) si informano i titolari di incarico di insegnamento che il trattamento dei dati personali forniti, o comunque acquisiti dall'Università di Verona, ha le finalità di consentire la liquidazione, ordinazione e pagamento a loro favore dei compensi dovuti e l'applicazione degli adempimenti contributivi, previdenziali e fiscali previsti dalla normativa vigente e verrà effettuato presso l'Ateneo da parte di personale autorizzato, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

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

DATA ..... FIRMA .....

#### **Trattamenti Economici Personale Strutturato e non Strutturato**

Tel. 045/8028304/8497/8076 - Fax 045/8028702  
Ufficio.stipendi@ateneo.univr.it  
C.F. 93009870234 - P.I. 01541040232