



SCHEDA ANAGRAFICA

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

Nome scuola: _____
anno di corso: _____

COGNOME _____ NOME _____
(surname) (name)

NAZIONALITA' _____ Codice fiscale _____
(nationality) (fiscal code)

Data di nascita _____ Sesso: F / M Luogo di nascita _____ prov. _____
(date of birth) (Place of birth) (Country)

Residenza : _____ Città _____ cap. _____ prov. _____
(address) (City) (zip-code) (Country)

Domicilio : _____ Città _____ cap. _____ prov. _____
(address) (City) (zip-code) (Country)

Tel. _____ Cellulare _____
(phone) (Cell.)

e-mail _____

Ordine dei Medici (ENPAM): ISCRITTO/A NON ISCRITTO/A

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 è iscritto alla Gestione Separata INPS cui all'art. 2, comma 26, della Legge 8 agosto 1995, n. 335. L'iscrizione avviene automaticamente al momento della corresponsione del primo trattamento economico.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l'Università degli Studi di Verona informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

DATA FIRMA

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