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 al borsista o cointestato)**

COORDINATE BANCARIE IBAN (IBAN BANKING INFORMATION)

/…/ …/

BANCA _____
Bank
INDIRIZZO BANCA_____
Address
☐ **ASSEGNO BONIFICO A DOMICILIO**
(Cheque sent to the domicile)

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 Milano informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

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: Divisione Stipendi e Carriere del Personale – Ufficio Contratti di Formazione e Ricerca –
Cinzia Denti tel. 02/503.13303 **Fax 02/503.13315** cinzia.denti@unimi.it
Paola Bernardi tel. 02/503.13267 Fax 02/503.13315 paola.bernardi@unimi.it

versione gennaio 2012