

SCHEDA:

ANAGRAFICA

VARIAZIONE DATI

CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA MEDICI IN FORMAZIONE

SCUOLA DI SPECIALITA' MEDICA IN

Nome: _____

anno di corso: _____
(* specificare quale)

Il sottoscritto/a:

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

Chiede il pagamento delle proprie retribuzioni mediante:

- Accredito su C/C Bancario (intestato alo specializzando/a o cointestato):

Coordinate Bancarie IBAN (*)														
		C.D.		CIN	ABI				CAB		Conto Corrente (12 cifre)			
I	T													

(*) *Tutte le caselle devono essere obbligatoriamente compilate senza l'uso di barre e/o trattini*

Intestato a

Presso la Banca

Ag. /Filiale

Situata in via

Città

- Assegno di Bonifico a Domicilio (spedito all'indirizzo sopraindicato)
- Contanti c/o Sportello n. 29 Banca Popolare di Sondrio – Piazza Ateneo Nuovo 1 – 20126 MILANO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
AREA DEL PERSONALE
SETTORE TRATTAMENTI ECONOMICI
Piazza dell'Ateneo Nuovo 1
20126 MILANO

Dichiara inoltre:

- ✓ di essere regolarmente iscritto alla Cassa Previdenziale INPS - GESTIONE SEPARATA;
- ✓ di essere iscritto ad altra Cassa Previdenziale obbligatoria: SI NO

Se si indicare quale:

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni alla situazione dichiarata.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma del dichiarante

Si allega fotocopia carta di identità