



Tipologia contratto

Posto ministeriale Posto regionale Posto privato

Scuola di Specializzazione in _____ Coorte (data inizio attività) _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ COMUNE DI NASCITA _____ (Prov. ____) CODICE FISCALE _____

STATO CIVILE _____ CITTADINANZA _____ STATO _____

RESIDENZA VIA _____ n. _____ C.A.P. _____ COMUNE _____ (Prov. _____)

DOMICILIO VIA _____ n. _____ C.A.P. _____ COMUNE _____ (Prov. _____)

CELLULARE _____ E-MAIL (PERSONALE) _____

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il ____/____/____ presso l'Ateneo di _____

Data o Sessione dell'Esame di Stato per l'Abilitazione all'Esercizio della Professione Medica _____

N. Iscrizione Ordine dei Medici _____ dal _____ Provincia di _____ Regione _____

TIPO DI PAGAMENTO CC POSTALE CC BANCARIO

IBAN: _____

I dati personali forniti dall'interessato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m., saranno raccolti dalla Direzione Rapporti SSN – Ufficio Scuole di Specializzazione- dell'Università di Modena e Reggio Emilia al fine esclusivo di adempiere a tutti gli obblighi amministrativi cui per legge è tenuta e potranno essere trattati da incaricati e trasmessi agli Enti di competenza per adempimenti di legge o per lo svolgimento di compiti istituzionali.

Modena, _____ FIRMA LEGGIBILE _____

DA INVIARE SUBITO DOPO L'IMMATRICOLAZIONE ALL'INDIRIZZO: scuolemediche@unimore.it