



### 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 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