



SCHEDA ANAGRAFICA

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

Nome scuola: \_\_\_\_\_ anno di corso: \_\_\_\_\_

COGNOME (surname) NOME (name) NAZIONALITA' (nationality) Codice fiscale (fiscal code) Data di nascita (date of birth) Sesso: F / M Luogo di nascita (Place of birth) prov. (Country) Residenza (address) Città (City) cap. (zip-code) prov. (Country) Domicilio (address) Città (City) cap. (zip-code) prov. (Country) Tel. (phone) Cellulare (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

Table with 6 columns: 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