



**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](mailto:scuolemediche@unimore.it)**