



UNIVERSITA'
CAMPUS
BIO-MEDICO
DI ROMA

CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA MODULO ANAGRAFICO

ANAGRAFICA <input type="checkbox"/>	VARIAZIONE DATI <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--

COGNOME_____	NOME_____
NAZIONALITÀ_____	DATA DI NASCITA_____
LUOGO DI NASCITA_____	PROV._____
SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CODICE FISCALE_____
EMAIL_____	CELLULARE_____
RESIDENZA_____	CITTÀ_____
CAP_____	PROV_____
DOMICILIO_____	CITTÀ_____
CAP_____	PROV_____

ENPAM	ISCRITTO/A <input type="checkbox"/>	NON ISCRITTO/A <input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------------	---

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN_____
ANNO DI CORSO_____

<input type="checkbox"/> Dichiaro di essere stato messo a conoscenza dell'Obbligo di iscrizione alla Gestione Separata (INPS), di cui all'art. 2 della Legge 335/1995.
<input type="checkbox"/> Dichiaro di essere già iscritto alla Gestione Separata (INPS), di cui all'art. 2 della Legge 335/1995.

ACCREDITO IN C/C BANCARIO	
IBAN: _____	
BANCA_____	INDIRIZZO_____