



Segreteria Didattica delle Scuole di Specializzazione

**MODULO DATI ANAGRAFICI**

per gli specializzandi delle Scuole di Specializzazione  
della Facoltà

**Scuola di Specializzazione in:** \_\_\_\_\_  
(si prega scrivere tutto in stampatello)

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Luogo** \_\_\_\_\_ **Pr.** \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza** \_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_ **Pr.** \_\_\_\_\_

**Altro recapito** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Tel. abitazione** \_\_\_\_\_

**Tel. cellulare** \_\_\_\_\_

**Indirizzo e-mail** \_\_\_\_\_

**Abilitazione conseguita in data** \_\_\_\_\_

**Medico strutturato presso** (in caso di Medico Militare o Personale di ruolo del SSN:  
indicare la struttura) \_\_\_\_\_

**Data**  
\_\_\_\_\_

**Firma**  
\_\_\_\_\_