



Segreteria Didattica delle Scuole di Specializzazione

MODULO DATI ANAGRAFICI
per gli specializzandi delle altre Scuole di
Specializzazione

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 M.M. o Personale di ruolo del SSN: indicare la struttura) _____

Periodo di frequenza previsto c/o l'AOU Sant'Andrea: dal _____ **al** _____

Si Allega la lettera di assegnazione del Direttore della Scuola di appartenenza.

Data

Firma

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003 le informazioni fornite verranno trattate solo per scopi interni all'amministrazione.