

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI MESSINA

SCHEDA: **ANAGRAFICA VARIAZIONE DATI**

**CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA MEDICI IN FORMAZIONE**

**SCUOLA DI SPECIALITA’ MEDICA IN ………………………………..…………..DIPARTIMENTO …………………………………………….**

**Anno accademico ………..…………. anno di corso: …………… Contratto finanziato con fondi………………………………………….**

**Durata Specializzazione (n. anni) ……………………**

**COGNOME NOME CODICE FISCALE NAZIONALITA’**

**Data di nascita Sesso**: **F M Luogo di nascita prov**.

**Tel**. **Cellulare e-mail**

**Domicilio fiscale:**

via Città cap. prov.

**Residenza** (non compilare se uguale al domicilio):

via Città cap. prov. \_

# ENPAM:

**ISCRITTO/A**

# NON ISCRITTO/A

**Indicare data e numero d’iscrizione: ……………………………...**

**ACCREDITO IN C/C BANCARIO O CONTO BANCO POSTA - (Intestato al borsista o cointestato)**

COORDINATE BANCARIE IBAN

/…/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/ …/

BANCA \_ INDIRIZZO BANCA

Il sottoscritto dichiara di essere regolarmente iscritto alla Cassa Previdenziale INPS – GESTIONE SEPARATA Il sottoscritto dichiara di avere firmato il Contratto di Formazione Specialistica.

# - Allega fotocopia del documento di riconoscimento, del codice fiscale e dell’iscrizione alla gestione separata INPS.

## INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART.13 DEL D.LGS n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, l’Università degli Studi di Messina informa che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

## DATA ………………………….. FIRMA ……………………………………………..

**N.B**. La presente dichiarazione deve essere obbligatoriamente compilata in tutte le sue parti e sarà ritenuta valida fino a nuova comunicazione. Qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata (anagrafica, cambio di conto corrente, maternità o malattia, rinuncia alla specializzazione) deve essere comunicata tempestivamente, oltre che all’ Unità Operativa Specializzazione Area Medica, anche al Dipartimento Organizzazione e Gestione Risorse Finanziarie Unità Operativa trattamento economico personale non strutturato [(sdifranco@unime.it](mailto:sdifranco@unime.it) 090/6768202). E’ possibile visualizzare i cedolini di pagamento accedendo al “**Servizio Consultazione Documenti (Cedolini, Cud, Certificati**”); tale servizio è fruibile utilizzando la sezione “**LOGIN**” del sito dell’Ateneo. Per poter utilizzare il servizio è necessario essere in possesso di una e-mail di Ateneo. La procedura per la richiesta dell’ e-mail è reperibile, nella stessa sezione “LOGIN”, alla voce “**Gestione Accessi Integrata di Ateneo (G.A.I.A.)**”.

Per eventuali ulteriori chiarimenti, riguardanti la richiesta dell’ e-mail, rivolgersi all’Area Sistemi ed Infrastrutture ICT e Rete di Ateneo (tel. 090/715097).