

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA LIQUIDAZIONE DOCENTI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE FINANZIATI DALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA	ASP IOs 01 Rev. 03 10/2018 Pag 1/1
--	---	---

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena	 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA
--	---

Allegato 2

ASP MO IOS 01/2 Rev. 04

SCHEMA DATI ANAGRAFICI

CORSO DI LAUREA _____ SEDE DI MODENA

ANNO ACCADEMICO ____/____

MATERIA _____

ANNO DI CORSO _____

COGNOMENOME

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE IN VIA N.

TELEFONO LAVORO..... E MAIL

DIPENDENTE PRESSO ☐ **AOU MO** ☐ **ASL MO** ☐ **ALTRO ENTE** _____

SE AOU MO o ASL MO indicare la nuova matricola _____

QUALIFICA PROFESSIONALE _____

☐ LIBERO PROFESSIONISTA

☐ PRESTATORE D'OPERA OCCASIONALE

CODICE FISCALE _____

TITOLARE C/C PRESSO LA BANCA _____

FILIALE DI _____

IBAN _____

Data _____

FIRMA LEGGIBILE

Si prega compilare in stampatello