DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
S.C. SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
S.S. Selezione e gestione personale medico convenzionato

M O D U L O R I L E V A Z I O N E D A T I

θ MEDICO di MEDICINA GENERALE - θ SPECIALISTA PEDIATRA

Da compilarsi in modo leggibile

Il sottoscritto Dr. _____ ___

cognome nome sesso

N. codice regionale _____

nato/a _____il _____

luogo - provincia data

residente: _____

comune – indirizzo – numero civico - C.A.P.

N. telefonici: _____

E-mail: _____

Codice Fiscale: _____ Partita IVA: _____

Codice ENPAM: _____ data laurea: _____ voto laurea:_____

N. iscr. Albo: _____ data iscr. Albo _____ data spec/ne: _____

(solo per specialisti pediatri)

Tipo di pagamento: _____

(solo per i titolari di convenzione)

Banca: _____

denominazione – agenzia - indirizzo

CODICE IBAN																										
Paese		Check		CIN	ABI					CAB					NUMERO DI CONTO CORRENTE											

Firma e timbro del medico

Genova, _____ _____