

**DATI ANAGRAFICI STUDENTI POST-LAUREA*****Specializzandi***

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**RESIDENZA** in Via \_\_\_\_\_ N.civico \_\_\_\_\_

Comune (o stato estero) \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

(da compilare solo se diverso dal luogo di residenza)

**DOMICILIO** in Via \_\_\_\_\_ N.civico \_\_\_\_\_

Comune (o stato estero) \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Telefono interno \_\_\_\_\_

Telefono casa \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**DATI BANCARI PER I BONIFICI DEI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_

IBAN 

<b>I</b>	<b>T</b>																																
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC/SWIFT \_\_\_\_\_

C/C \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

Ai fini dell'elaborazione automatica dei pagamenti è indispensabile che intestatario del c/c e beneficiario del contratto siano i medesimi. **Senza l'indicazione del codice IBAN non sarà possibile eseguire i bonifici.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Riservato alla Segreteria studenti post-Laurea*

Scuola di specializzazione \_\_\_\_\_

data di immatricolazione \_\_\_\_\_ anno di corso \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Ente finanziatore:  MIUR  ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_



**Modello A**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere iscritto alla cassa professionale e pertanto di poter versare la contribuzione alla Gestione Separata INPS nella misura ridotta, come indicato nel messaggio INPS N. 4317 del 24/02/09.
- di non essere iscritto alla cassa professionale (e a nessuna altra cassa previdenziale) e pertanto di essere tenuto al versamento dell'aliquota piena alla Gestione Separata INPS.

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

