AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA	SCHEDA ANAGRAFICA DIPENDENTE	Modello A
		Pag. 1/2

MATRICOLA N. _____ NUMERO BADGE _____

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

INDIRIZZO _____ N._____

COMUNE _____ PROV. _____ CAP. _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

DOMICILIO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

INDIRIZZO _____ N._____

COMUNE _____ PROV. _____ CAP. _____

FORMAZIONE

TITOLO DI STUDIO _____

_____

ALTRI TITOLI _____

_____

LUOGO DI LAVORO

IN SERVIZIO PRESSO _____

MODALITA' PAGAMENTO

RISCOSSIONE DIRETTA PRESSO _____

ACCREDITO C/C BANCARIO O POSTALE PRESSO L'ISTITUTO: _____

_____ FILIALE DI: _____

CODICE IBAN:

ALTRO: _____

FORMAZIONE PROFESSIONALE

POSIZIONE LAVORATIVA ATTUALE:

- ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DAL _____ AL _____

PRESSO IL SERVIZIO DI _____

- ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DAL _____ AL _____

PRESSO IL SERVIZIO DI _____

SERVIZI PRESTATI PRESSO LO STESSO ENTE O ENTI DIVERSI

TIPOLOGIA CONTRATTO: _____

DAL _____ AL _____ PRESSO _____

TIPOLOGIA CONTRATTO: _____

DAL _____ AL _____ PRESSO _____

TIPOLOGIA CONTRATTO: _____

DAL _____ AL _____ PRESSO _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della situazione dichiarata.

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____ Firma _____