

SCHEDA DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTI PROVE COMPENSATIVE

Trasmettere la presente scheda anagrafica, unitamente al modello di richiesta di partecipazione alla prova attitudinale e alla copia del bonifico effettuato in data _____, a tutti gli indirizzi di posta elettronica seguenti:

- Segreteria di Presidenza della Facoltà di Medicina e Psicologia "Sapienza - Università di Roma", indirizzo e-mail presidenzamedepsi@uniroma1.it;
- "Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del servizio sanitario nazionale" del Ministero della Salute, indirizzo PEC dgrups@postacert.sanita.it (e, per conoscenza, indirizzo e-mail a.daffina@sanita.it).

La fattura sarà inviata dall'Ateneo se richiesta dal candidato.

CANDIDATO ALLA PROVA ATTITUDINALE:

☐ PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI MEDICO

☐ PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI MEDICO SPECIALISTA IN

☐ PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI PSICOLOGO ☐ Sez. A ☐ Sez. B

☐ PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI PSICOTERAPEUTA

PROVA SCRITTA DEL _____

DATI ANAGRAFICI

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____

E-MAIL: _____

RESIDENZA: _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

Firma del candidato _____

N.B. – TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

Indicare la RESIDENZA completa: via completa e numero civico, codice avviamento postale (CAP), città, nazione.