ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**PERSONALE CONVENZIONATO**
**SCHEDA ANGRAFICA INSERIMENTO SOFTWARE**
**APMMG - GP4 – GESTIONE DEL PERSONALE**

Codice _____ Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ Provincia _____

**Codice fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | |

**Partita IVA** | | | | | | | | | | | **Cod.ENPAM** | | | | | | | | | | |

Comune di Residenza _____ Indirizzo Residenza _____ Provincia _____

n. telefono _____ n. cellulare _____

E. mail _____ PEC _____

Indirizzo Studio _____ Tel. Studio _____

Rapporto Medico _____

Laurea in: _____ conseguita il _____

Specializzazione in: _____ conseguita il _____

Comune di attività _____ Presidio/Poliamb. _____

Data inizio Rapporto _____ data fine rapporto _____

Branca: _____

Ore settimanali: _____ N. Provv. Incarico: _____ del _____

Sindacato: _____ Ind.rischio Rad: _____

Banca accredito emolumenti _____

**IBAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numero km: And/Rit. (per Spec. Ambul. In ambito di provincia) N. km A/R _____

Rapporti con altri Enti/Azienda: _____

---

Note _____

Il Sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che qualora dovessero sorgere variazioni a quanto sopra dichiarato, sottoscriverà tempestivamente una nuova scheda anagrafica a correzione della precedente.

**Con riferimento al "titolare effettivo dell'operazione economica" il Distretto opera nei limiti di quanto previsto dall'art.10 comma 1 e 2 del D.Lgs 21 novembre 2007, n.231 recante disposizioni in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento.**

Data _____

Il Sanitario incaricato

Il Dirigente Sanitario Responsabile