



DATI ANAGRAFICI / PERSONAL INFORMATION

Nome/*First Name* ..... Cognome/*Family Name*.....

Nascita: Luogo/ *Birth:Place* ..... Data/*Date*.....

Cell. ....

Codice Fiscale/*Passport number*

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

Domicilio Fiscale/*Fiscal Address* .....

Dipendente/*Affiliation* .....

Qualifica/*Role*.....

PROFESSIONISTA

Titolare di partita IVA      NO      SI      N. Partita IVA .....

Iscritto all'Ordine Professionale :

NO in quanto non esistono Albi professionali relativi all'attività oggetto dell'incarico

SI Ordine Professionale ..... numero.....

MODALITA' DI PAGAMENTO MANDATI/PAYMENT INFORMATION

Banca/*Bank name* .....

IBAN .....

SWIFT/BIC .....

Sportello Unicredit Banca di Roma

Il Sottoscritto autorizza la Facoltà di Medicina e Psicologia alla conservazione e al trattamento dei dati sopra indicati per l'adempimento di obblighi contabili, retributivi, previdenziali, assistenziali, fiscali e assicurativi ai sensi della L. 675/1996.

Roma .....

Firma .....