

**CONCORSO DI AMMISSIONE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE AREA SANITARIA
NON MEDICI
A.A. 2023/2024**

DATI CANDIDATA/O:

COGNOME:.....

NOME:.....

NATO/A A:.....**IL:**.....

RESIDENTE A:.....**VIA/P.ZZA:**.....**CAP:**.....,

SEDE DI LAVORO (ENTE PUBBLICO O PRIVATO) E CITTA' (se applicabile):
.....

**SITUAZIONE LAVORATIVA (CONTRATTO, BORSA DI STUDIO, ASSEGNO DI
RICERCA ETC.) (se applicabile):**
.....

CELLULARE:.....

MAIL:.....