



# Immatricolazioni alle Scuole di Specializzazione

di Area Medica A.A. 2020/2021



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

## RICHIESTA ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
domiciliato a ..... Via/P.zza.....  
Codice fiscale .....  
telef. .... e-mail:.....  
vincitore/ricce di contratto di formazione specialistica area medica in :  
.....

### CHIEDE

che le proprie competenze vengano accreditate in via continuativa sul seguente c/c intestato a proprio nome o cointestato, e si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno derivante dal disposto accreditamento:

BANCA ..... AGENZIA.....

Indirizzo..... C.A.P. ....

Città .....

### COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE (codice IBAN):

It	Cin	ABI	CAB	numero conto

Data.....

Firma .....