

**SCHEMA DEL CANDIDATO**  
ATTENZIONE: SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA.  
**ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE MEDICHE**

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in (Città) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Via /Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

e\_mail \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

**PUNTI AL TEST** \_\_\_\_\_;

**POSIZIONE IN GRADUATORIA** \_\_\_\_\_

Soggetti ammessi: \_\_\_\_\_;

Punteggio ultima posizione utile: \_\_\_\_\_;

NOME UTENTE: \_\_\_\_\_

PASSWORD: \_\_\_\_\_

SCUOLE PRESCELTE OVE FOSTE RIENTRATI IN POSIZIONE UTILE (NON INDICARE LA SEDE):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

**RICORSO SCELTO:**

A – INDIVIDUALE (€ 2.000 oltre € 650 di contributo unificato)

C – COLLETTIVO (€ 1000,00)

Anomalie riscontrate - Quesiti a Suo parere errati o dubbi:

\_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 D.lgs 196/2003 e sue successive modifiche e integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_