



Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe



Scuola Provinciale Superiore di Sanità

**VORDRUCK FÜR DOZENTEN**Bitte **vollständig** ausfüllen!**MODULO PER DOCENTI**Si prega di compilare **in modo completo!**

Kurs und Unterrichtsfach / Corso e materia d'insegnamento		
Titel / Titolo		
Zuname / Cognome	Vorname / Nome	
Geburtsdatum / Data di nascita		Geburtsort / Luogo di nascita
Wohnsitzadresse: Straße / Indirizzo residenza: Via		PLZ / CAP
		Ort / Luogo
Postadresse (sofern anders) / Indirizzo recapito posta (se diverso)		PLZ / CAP
		Ort / Luogo
Telefon-Nr. Arbeit / N° telefono lavoro	Telefon-Nr. privat / N° telefono privato	Handy-Nr. / N° cellulare
E-Mail Adresse / Indirizzo e-mail		
Staatsbürgerschaft / cittadinanza		Unterrichtssprache / Lingua di docenza
<input type="checkbox"/> Nein / No <input type="checkbox"/> Ja, Mwst.-Nr./Si, Part. IVA N°		
Steuernummer / codice fiscale		Freiberufler / Libero professionista
Arbeitgeber Datore di lavoro	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsbezirk, welcher: _____ / Comprensorio sanitario, , quale: _____
	<input type="checkbox"/>	Sanitätsbetrieb, welcher: _____ / Azienda sanitaria, quale _____
	<input type="checkbox"/>	Policlinico Gemelli Roma
	<input type="checkbox"/>	Università Cattolica Roma
	<input type="checkbox"/>	Università Ferrara
	<input type="checkbox"/>	Università di Verona
<input type="checkbox"/>	Anderer, welcher: / Altro, quale:	
IBAN (Italien / Italia)		
IBAN (bei ausl. Banken / banche estere)		
Swift-Code (bei ausl. Banken / banche estere)		

**Datum / data****Unterschrift / firma**

Die Angaben zu dieser Verarbeitung sind im allgemeinen "Informationsschreiben Datenschutz Dozenten" enthalten und können auf der Website der Schule eingesehen werden.

L'informativa per questo trattamento è già contenuta nell'Informativa Generale che riguarda tutti i docenti, ed è disponibile sul sito Internet della Scuola.