



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**  
**SEDE DI FOLIGNO**

MATRICOLA N°	SCHEDA ANAGRAFICA STUDENTE		
COGNOME			FOTO
NOME			
DATA e LUOGO DI NASCITA			
CODICE FISCALE			
RESIDENZA	Città		N°
	Via/Piazza		
	CAP	Provincia o Stato Estero	
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	Città		N°
	Via/Piazza		
	CAP	Provincia	
TEL. CELLULARE			
INDIRIZZO E-MAIL	Personale		
	Universitario		
MATURITÀ*	<input type="checkbox"/> Istituto Tecnico _____ <input type="checkbox"/> Liceo Scienze Umane <input type="checkbox"/> Istituto Professionale _____ <input type="checkbox"/> Liceo Scientifico <input type="checkbox"/> Liceo Classico <input type="checkbox"/> Liceo Linguistico <input type="checkbox"/> Altro _____		
HOBBY			
LAVORATORE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> a tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonomo	
AUTO MUNITO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
<i>Io sottoscritto/a autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti in questa scheda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 7 e ss. del GDPR (Regolamento UE 2016/679), consapevole che saranno trattati per le sole finalità inerenti atti e procedure del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Foligno.</i>			
Luogo e Data			
Firma (leggibile)			

Nota bene: si prega di compilare tutti i campi in maniera leggibile e chiara. Grazie.