

MODULO DI ISCRIZIONE / RINNOVO ANNO 2018 ANNO 2019

COGNOME E NOME: _____

RECAPITO PERSONALE

Da segnalare in caso di prima iscrizione o, se rinnovo, in caso di variazione dei dati

Via/ Piazza _____ num. _____
Località _____ Prov. _____ CAP|_|_|_|_|
Tel. _____ Fax _____
Tel. Cellulare _____ e-mail _____

RECAPITO PROFESSIONALE

Da compilare in caso di prima iscrizione o, se rinnovo, in caso di variazione dei dati

ASL/Azienda Osp. _____
U.O./SERVIZIO _____
Località _____ Prov. _____ CAP|_|_|_|_|
Tel. _____ Fax _____
Tel. Cellulare _____ e-mail _____

TIPOLOGIA ASSOCIATIVA

Crociare tutte le opzioni pertinenti

Infermiere esperto in: Stomatologia Colonproctologia Riabilitazione del Pavimento Pelvico
 Infermiere **Medico** **Altro** (*specificare*) _____

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE €30,00 - QUOTA ASSOCIATIVA BIENNALE €50,00

Il pagamento può essere effettuato a mezzo di:

- Bonifico Bancario a codice IBAN **IT15X0335901600100000119795 BANCA PROSSIMA**
 Vaglia postale intestato a: Segreteria AIOSS c/o Enrica Bosoni – Via Savona 94 -20144 Milano
 Direttamente al delegato/o AIOSS che ritira il modulo di iscrizione compilato

L'iscrizione, per il periodo scelto, è attiva dal giorno dell'avvenuta ricezione del versamento.

REGISTRO DEGLI INFERMIERI ESPERTI IN STOMATERAPIA, COLONPROCTOLOGIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

Ai fini della pubblicazione dei propri dati personali sul Registro, è **NECESSARIO** specificare quanto segue:

- Sono GIA' iscritto al Registro NON sono iscritto al Registro
 Sono GIA' iscritto al Registro e comunico le eventuali DESIDERO essere iscritto al Registro
variazioni ai dati personali o professionali(v. sopra) NON DESIDERO essere iscritto al Registro

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In riferimento all'art.7 del D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003 **ESPRESSO** **NEGO** il consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati, limitatamente ai fini associativi istituzionali. Sul sito www.aiooss.it consultate la Privacy Policy estesa.

N. B. Se il pagamento dell'iscrizione avviene tramite Bonifico Bancario o Vaglia Postale il presente modulo va inviato (preferibilmente via mail) con allegata copia dell'attestato di pagamento a:

Segreteria AIOSS c/o Enrica Bosoni
Via Savona, 94- 20144 -Milano
enicabosoni@tiscali.it

Data _____ Firma _____