

## 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 al D.Lgs. n.196/03 art.7 ed al Regolamento Europeo della Protezione dei Dati (GDPR) 2016/679 io sottoscritto

**ESPRIMO**  **NEGO** esplicitamente il consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati, limitatamente ai fini associativi istituzionali. Sul sito [www.aioSS.it](http://www.aioSS.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](mailto:enicabosoni@tiscali.it)

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