

# ASSOCIAZIONE ITALIANA FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Sede Legale: Via Marecchiese 152 47922 Rimini RN - C.F. 91175570406

## RICHIESTA DI AMMISSIONE:

- SOCIO (Per i partecipanti al convegno Sala Operatoria di San Marino anno 2023)  
Iscrizione anno 2024 gratuita
- SOCIO Iscrizione quota anno 2024 Euro 15.00.

## ISCRIZIONE ANNO 2024

| DATI ANAGRAFICI  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
|------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|
| COGNOME          | NOME  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SESSO     |  |  |  |
|                  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
| DATA NASCITA     | LUOGO DI NASCITA                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
| / /              | PROVINCIA   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
| RECAPITO VIA     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CITTA'    |  |  |  |
| CAP              | PR  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
| TELEFONO         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CELLULARE |  |  |  |
| @E-MAIL          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | @PEC      |  |  |  |
| TITOLO DI STUDIO |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
| PROFESSIONE      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
| CODICE FISCALE   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |

| DATI PROFESSIONALI                  |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |        |  |  |                          |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--------|--|--|--------------------------|
| AZIENDA APPARTENENZA LIBERA PROF.NE |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |        |  |  | <input type="checkbox"/> |
| AREA/SERVIZIO/UNITA'OPERATIVA       |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |        |  |  |                          |
| INDIRIZZO LUOGO LAVORO              |  |  |  |  |  |  |                           |  |  | CITTA' |  |  |                          |
| CAP                                 |  |  |  |  |  |  |                           |  |  | PR     |  |  |                          |
| E-MAIL LAVORO                       |  |  |  |  |  |  |                           |  |  |        |  |  |                          |
| NUMERO ISCRIZIONE ORDINE            |  |  |  |  |  |  | ORDINE DELLA PROVINCIA DI |  |  |        |  |  |                          |

| SOCIAL MEDIA |   |           |
|--------------|---|-----------|
| FACEBOOK     | - | INSTAGRAM |
|              | - |           |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

ammissione a socio all'A.I.F.P.S.

### **DICHIARA:**

- di conoscere lo Statuto;
- di non avere procedure penali pendenti e di comunicarle nel caso in cui dovessero insorgere;
- di esprimere il proprio consenso ai sensi dell'art.13 D.Lgs. N.196/2003 e s.m.i.;
- di esprimere il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Codice materia protezione dati personali) e comunicazione a categorie di soggetti per il relativo trattamento (es: elaborazione dati, contabilità, archiviazione, studi commercialisti che assistono associazione, associati con incarichi istituzionali, invio documenti, materiali, istituti bancari per incassi e pagamenti, ecc);
- ai fini dello svolgimento e per il raggiungimento degli scopi primari dell'AIFPS, di volersi attenere allo Statuto sociale ed alle deliberazioni degli organi sociali, impegnandosi a corrispondere la quota sociale fissata dal consiglio direttivo;
- di eleggere domicilio presso la sede di codesta associazione.

Rimini, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### **DICHIARAZIONE DI LIBERATORIA:**

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

A.I.F.P.S. all'effettuazione ed utilizzo di fotografie, video o altri materiali audiovisivi, contenenti la mia immagine, il nome e la voce all'interno di attività per scopi documentativi, formativi ed informativi. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la propria dignità personale ed il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati. Il/la sottoscritta conferma di non avere nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Rimini, Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

FIRMA \_\_\_\_\_

Nota: Il responsabile dei trattamenti dati è il Presidente dell'AIFPS.

### **ASSOCIAZIONE ITALIANA FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Via Marecchiese 152 CAP 47922 RIMINI RN [info@aifps.it](mailto:info@aifps.it) [aifps@pec.aifps.it](mailto:aifps@pec.aifps.it) C.F. 1175570406

**PER ISCRIZIONI, IBAN:**

**IT06R0623067771000030359718** (credit agricol)

**INTESTATO A AIFPS**