

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 aifps@pec.aifps.it C.F. 1175570406

PER ISCRIZIONI, IBAN:

IT06R0623067771000030359718 (credit agricol)

INTESTATO A AIFPS