



RICHIESTA di ISCRIZIONE

| | | | | | |
|---|---------------|--|-------------|--|--|
| Cognome | | Nome | | | |
| Data nascita | Luogo nascita | Provincia | | | |
| Città di residenza | Indirizzo | CAP | | | |
| Tel. Abitazione | | Cellulare | | | |
| E-mail | | Cod. Fisc. | | | |
| Titolo di studio | | Professione | | Specialità praticata | |
| <input type="checkbox"/> Scuola Media <input type="checkbox"/> Scuola Superiore <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Diploma universitario <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Laurea magistrale <input type="checkbox"/> Laurea a ciclo unico <input type="checkbox"/> Scuola di specializzazione <input type="checkbox"/> Master universitario <input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca <input type="checkbox"/> Altro _____ | | <input type="checkbox"/> Soccorritore volontario <input type="checkbox"/> Soccorritore professionale <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Operatore <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Altro _____ | | <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Soccorso territoriale <input type="checkbox"/> Altro _____ | |
| Azienda/Ente | | | | | |
| Città | Indirizzo | | | CAP | |
| Telefono | | | Partita IVA | | |
| Esperienze in ambito della Medicina delle Catastrofi | | | | | |

Data

Firma del Richiedente

Prendere visione e firmare

Con la compilazione della richiesta di iscrizione si autorizza ad inserire il proprio nominativo negli archivi dell'Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi e delle società ad essa collegate. In ogni momento, ai sensi del D.L. 196/2003, si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo all'indirizzo riportato nella testata del documento.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

- acconsento
- non acconsento

Firma del Richiedente