



### RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Cognome  Nome

Data di nascita  Luogo  Prov.

Città di residenza  Indirizzo  CAP

Tel. Abitazione  Cellulare

Email  Cod. fiscale

#### Titolo di studio

- Scuola Media
- Scuola Superiore
- Diploma
- Diploma Universitario
- Laurea
- Laurea magistrale
- Laurea a ciclo unico
- Scuola di specializzazione
- Master universitario
- Dottorato di ricerca
- Altro

#### Professione

- Soccorritore volontario
- Soccorritore professionale
- Impiegato
- Operatore
- Tecnico
- Infermiere
- Medico
- Veterinario
- Psicologo
- Altro

#### Specialità praticata

- Medicina
- Chirurgia
- Anestesia e Rianimazione
- Pronto Soccorso
- Soccorso territoriale
- 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 DL 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

- autorizzo  non autorizzo

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_