

Modulo Iscrizione SIMeN

I campi obbligatori sono indicati con asterisco

Nome* _____
Cognome* _____
Luogo e data di nascita* _____
Codice Fiscale* _____
Indirizzo * _____
Telefono _____
Email * _____
Titolo di studio * _____
Specializzazioni _____
Società/Azienda/Ente di riferimento* _____
Ruolo _____

Socio Junior

Socio ordinario

Autocertificazione (socio Junior)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; dichiaro, sotto la mia responsabilità, di avere la qualità di studente.

FIRMA

Do il consenso al trattamento dei dati

Ho preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi dell'art. 13, DLgs. 30 giugno 2003 n. 196 e consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e delle finalità specificate nell'informativa. Ho preso altresì visione di quanto previsto dall'art. 7 del citato DLgs. N. 196/2003 in relazione ai diritti a me riservati dalla normativa sulla privacy

Desidero ricevere la Newsletter riservata ai soci (facoltativo)

DATA

FIRMA

Società Italiana di Medicina Narrativa