MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE NUOVI SOCI A.R.C.A.

REGIONE: _____

(SI PREGA CORTESEMENTE DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

COGNOME ..... NOME .....

INDIRIZZO DI RESIDENZA.....

CITTA' DI RESIDENZA ..... CAP .....PROVINCIA .....

POSTA ELETTRONICA .....

TEL. CELL/UFFICIO/ABIT.....N. FAX .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....F ☐ M ☐

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | |

LUOGO DI LAVORO .....

QUALIFICA..... ☐ IN QUIESCENZA

ISCRITTO ALL'ORDINE DEI MEDICI DI.....CON NUMERO.....

I SPECIALITA' ..... ANNO I SPECIALITA' .....

II SPECIALITA' ..... ANNO II SPECIALITA' .....

AREE DI INTERESSE:

☐ CARDIO CLINICA ☐ RIABILITAZIONE ☐ ERGOMETRIA ☐ ANGIOLOGIA

☐ CARDIO PEDIATRIA ☐ CARDIO NUCLEARE ☐ ECOCARDIOGRAFIA ☐ ELETTROCARDIOGRAFIA

☐ ARITMOLOGIA ☐ INFORMATICA ☐ MEDICINA SPORT ☐ LINGUA STRANIERA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./PROF.....

A CONOSCENZA DELLO STATUTO DELL'A.R.C.A. NE CHIEDE LA ISCRIZIONE IN QUALITA' DI SOCIO

ORDINARIO ☐ ADERENTE ☐

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI STATUTARI

Preso atto di quanto previsto dal D.L. 196/2003 e successive modifiche, il/la sottoscritto/a autorizza A.R.C.A. a trattare, comunicare, diffondere, anche in modalità elettronica e/o automatizzata, i dati personali di cui al presente modulo ai fini statutari, informazioni e comunicazioni commerciali, invio di materiale informativo e culturale, comunicazioni ad industrie farmaceutiche al fine di partecipazioni a congressi, convegni ed incontri culturali.

DATA FIRMA

---------- ----------

Il Consiglio Direttivo regionale A.R.C.A. dichiara che il suddetto collega può essere iscritto nell'Albo dei Soci con la qualifica di Socio .....

Data ..... Il Presidente Regionale .....