



## **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     MEDICINA SPORT  
 CARDIO PEDIATRIA     CARDIO NUCLEARE     ECOCARDIOGRAFIA     ELETTROCARDIOGRAFIA     ARITMOLOGIA

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**

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 del 27.04.2016 la informiamo che A.R.C.A. Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali tratterà i suoi dati personali, anche in modalità elettronica e/o automatizzata, per tutto quanto previsto dallo statuto dell'Associazione, compreso l'invio di informazioni e comunicazioni commerciali, l'invio di materiale informativo e culturale, nonché la comunicazione alle industrie e distributori farmaceutici al fine di gestire partecipazioni a congressi, convegni ed incontri culturali. I suoi dati saranno conservati per tutto il periodo in cui lei risulterà essere socio dell'Associazione e al termine saranno cancellati e/o distrutti. Informazioni sui suoi dati in nostro possesso potranno essere richieste interpellando il Presidente della Sede Regionale a cui lei fa riferimento; in alternativa è possibile inviare una mail a [segreteria@arcacardio.eu](mailto:segreteria@arcacardio.eu) o telefonare al nr. 06 32111744 o inviare una comunicazione a A.R.C.A Viale Bruno Buozzi, 56 00197 Roma. Firmando la presente scheda lei acconsente esplicitamente al trattamento dei dati indicati.

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 .....