

Al Presidente ADDOI, li _____

RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

E-mail _____

*Acconsento all'uso della mia mail per: attivazione **profilo personale ADDOI**, invio **Newsletter e comunicazioni dell'Associazione** (corsi ECM, bandi, eventi, ecc.).*

ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI _____ NUMERO DI ISCRIZIONE _____

Specializzazione in Dermatologia e Venereologia conseguita nell'A.A. _____

presso l'Università _____

SEDE DI LAVORO : Ospedale, Clinica/Istituto Universitario, Ambulatorio Territoriale, Studio privato: _____

Città: _____ Indirizzo _____

Firma _____

SOCI PRESENTATORI

1) Nome e Cognome

2) Nome e Cognome

Firma _____

Firma _____

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali.

Data _____ Firma _____