

Al Presidente della SIFoP
V.le di Villa Massimo, 47
00161 ROMA

MODULO DI ISCRIZIONE
(compilare in stampatello)

Il Sottoscritto _____

Nato/a _____ (Prov.) _____ il ____/____/____

Cod. Fisc.

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

Residente a _____ cap. _____ .prov. _____

Via _____ Numero _____

cell. _____ e-mail _____ @ _____

Professione _____ Disciplina/Specialità _____

Ente di appartenenza _____

Tipo di rapporto lavorativo:

Convenzionato Dipendente Libero professionista Iscritto SUMAI

CHIEDE

di essere iscritto alla **SIFoP (Società Italiana di Formazione Permanente per la Medicina Specialistica ambulatoriale e le altre professioni sanitarie afferenti alle strutture pubbliche e private italiane)** e al tal fine:

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e di accettarne incondizionatamente i relativi contenuti;

Consente il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità statutarie dell'Associazione, nel pieno rispetto della privacy ai sensi del Regolamento Generale europeo sulla Protezione dei Dati (GDPR - EU 679/2016) e del Dlgs.196/2003 modificato dal Dlgs. 101/2018.

Data..... /..... /.....

firma _____

Il presente modulo va inviato a mezzo fax (06 23219168) o email a sifop@sifop.it