

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](mailto:sifop@sifop.it)**