



SCHEMA DI ADESIONE

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ Cap _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo E-mail _____

Professione _____

Disciplina _____

AO – ASL di appartenenza _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Telefono _____ Fax _____

E – mail _____

Data _____ Firma _____

Si autorizza S.I.Ria. al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei suddetti dati, in base a quanto previsto dalla Legge sulla "Tutela della Privacy" n. 675/96, essendo stato informato sui contenuti dell'art. 10 della stessa legge.

Firma _____