DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL' A.I.R.M
ASSOCIAZIONE ITALIANA RIABILITAZIONE MANO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome .....
Nome .....
Data e luogo di nascita .....
Codice Fiscale .....
Partita IVA .....
Indirizzo di residenza: via/p.za .....
CAP ..... comune..... provincia .....
Telefono ..... fax .....
e-mail.....

Libero professionista Dipendente S.S.N. Dipendente Struttura Privata Altro

Sede di lavoro .....
.....
Recapito lavoro: tel..... fax .....
e-mail.....
Laurea / Diploma in Terapista Occupazionale conseguito il .....
Sede di conseguimento.....
Iscrizione AITO, N° tessera ..... Regione .....

☐ Già iscritto all'AIRM ☐ Prima iscrizione

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A ALL'AIRM PER L'ANNO 20…..

Data..... Firma.....

Informativa per la tutela dei dati personali

Con la presente si informa che ai sensi dell'attuale normativa in tema di tutela dei dati personali (L.196/03) i dati personali ottenuti verranno utilizzati per finalità associative, ivi compresi l'invio di riviste e pubblicazioni di iniziative scientifiche e culturali. In qualunque momento Lei potrà consultare, far modificare, cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo. L'utilizzo dei dati è concesso gratuitamente.

Data..... Firma.....