



DOMANDA D'ISCRIZIONE AL GIS RASM - AIFI
Gruppo Interesse Specialistico Riabilitazione della Mano e Arto Superiore
Associazione Italiana Fisioterapisti
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 Fisioterapia conseguito il
Sede di conseguimento.....
Iscrizione AIFI: N° tessera Regione
 Già iscritto al Gis Rasm Prima iscrizione

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL GIS RASM 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 o opporsi al loro utilizzo. L'utilizzo dei dati è concesso gratuitamente.

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