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....,DICHIARA INOLTRE DI:

☐ voler aderire all'AIRM ☐ non voler aderire all'AIRM

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.....