



Il/ la sottoscritto/a Titolo _____

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ Il _____ e residente

in _____ CAP _____ via _____

n. _____ Codice fiscale _____ tel. Ab. _____ / _____

tel. Lavoro _____ / _____ tel. Cell. _____ / _____

tel. altro _____ / _____ E-mail _____

Professione _____ Specializzazione _____

Incarichi ricoperti

CHIEDE

Di essere accettato in qualità di Socio

() Ordinario (Solo Laureati in Medicina e Chirurgia) Quota sociale € 250

() Aggregato Quota sociale € 250

() Sostenitore Quota sociale Contributo libero

E DICHIARA

Di impegnarsi incondizionatamente a rispettare le norme statutarie dell'associazione e le delibere del Consiglio Direttivo. A tale scopo dichiara di conoscere ed accettare lo statuto sociale. Inoltre autorizza al trattamento dei propri dati personali secondo la normativa vigente (legge 675/96 e successive modificazioni).

Data _____ Firma _____

Parte riservata all'Associazione

() Ammesso () Non ammesso

Delibera del C. D. n° _____ del _____

Iscritto nel libro dei soci Il _____ al n° _____

Firma del Presidente _____