



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA GERIATRICA

MODULO ISCRIZIONE

Titolo: Medico Psicologo Tecnico di riabilitazione psichiatrica

Altro specificare:

Nome e Cognome :

Luogo e Data di nascita

Specializzazione NO SI Specificare:

Domicilio

CAP e Città Prov.

Telefono / Fax /

E-mail

Ente di appartenenza

Indirizzo Ente

CAP e Città Ente

Telefono Ente Fax Ente

Incarico

Ho preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi dell'art. 13, DLgs. 30 giugno 2003 n. 196 e consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e delle finalità specificate nell'informativa. Ho preso altresì visione di quanto previsto dall'art. 7 del citato DLgs. N. 196/2003 in relazione ai diritti a me riservati dalla normativa sulla "privacy".

Data Firma

1° Socio presentatore

2° Socio presentatore