

DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCIO EFFETTIVO

ANAGRAFICA*

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Località di nascita _____ Prov. _____

Stato di nascita _____ Cittadinanza _____

Eventuale scadenza permesso di soggiorno _____ Sesso M F

Codice Fiscale _____ Partita IVA personale _____

INDIRIZZO*

Tipologia: Residenza Domicilio professionale

Indirizzo _____ n. civico _____ Edificio/Scala _____

Presso _____

Località _____ prov. _____

CAP _____ Frazione _____

RECAPITI

Telefono _____ Cellulare* _____

E-mail personale * _____

E-mail alternativa _____

Ufficio _____ Fax/Cell. Lavoro _____

AZIENDA DI COLLABORAZIONE

Denominazione _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Città _____ Prov. _____

Partita IVA _____ Tel: _____

Gruppo aziendale _____ Filiale di _____

Lavoratore: dipendente autonomo titolare/socio non esercitante la professione sanitaria

INTESTAZIONE DOCUMENTI FISCALI

Personale

Aziendale

FORMAZIONE*

Titolo di studio SECONDARIA SUPERIORE _____

Titolo Professionale Universitario in TECNICHE AUDIOPROTESICHE

Sede Universitaria _____

Data prova finale _____ con votazione _____ su _____

Anno Immatricolazione _____

Oppure:

Titolo Professionale di Tecnico Audioprotesista rilasciato dall'Ente _____

_____ Sede _____

Data _____ con votazione _____ su _____

Riconosciuto dal D.M. 27 luglio 2000 pubblicato sulla G.U. n. 195

ALTRI CORSI DI LAUREA DI PROFESSIONI SANITARIE

Master

Altra laurea

Corso Universitario in _____

Sede Universitaria _____ Anno immatricolazione _____

Data prova finale _____ con votazione _____ su _____

CREDITI ACQUISITI: Triennio _____ ECM n. _____ Triennio _____ ECM n. _____

- Ai sensi dell'art. 5 del vigente Statuto, dichiara di conoscere e di accettare, senza eccezioni e riserve, lo Statuto, il Codice deontologico e le norme regolamentari che reggono il Sodalizio, impegnandosi fin d'ora ad ottemperarvi scrupolosamente.
- Autorizzo inoltre la comunicazione dei miei dati agli Enti Ministeriali ed ai soggetti di pubblica utilità.
- Ai sensi del Regolamento GDPR 679/2016 Vi informiamo che i dati così raccolti saranno trattati con sistemi informatici e sono necessari per lo svolgimento dell'attività associativa. La mancata fornitura dei dati comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto associativo. Ai fini del corretto trattamento dei dati è necessario che l'interessato comunichi tempestivamente e per iscritto ogni variazione alla Segreteria.

Data _____

Firma _____

Si allega: copia titolo professionale in Audioprotesi copia della carta d'identità,
 copia Codice Fiscale

Tutta la suddetta documentazione è trasmissibile a mezzo mail all'indirizzo: segreteria@fiaweb.it

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente