

Il sottoscritto Nome _____ Cognome _____

Sesso **M** **F** di nazionalità _____ nato a _____ prov (____)

Il ____/____/____ residente in _____ prov (____) CAP _____

In Via _____ n. Telefono _____

e-mail _____ PEC _____

professione _____ iscritto all'ordine di _____ n. iscrizione _____

Cod. Fiscale _____

Indicare una delle seguenti categorie:

Dipendente del SSN presso _____ in provincia di _____

Libero professionista presso _____ in provincia di _____

Altro presso _____ in provincia di _____

Studente iscritto al corso di Laurea in _____ in provincia di _____

CHIEDE

Di entrare a far parte dell'Associazione Infermieri Italiani Ultrasuoni Bedside (**AiiUB**)

per l'anno corrente in qualità di socio:

Ordinario (iscritto all'albo) con quota standard pari a euro 45,00

Ordinario (studente in _____): quota ridotta pari a euro 35,00

Sostenitore (non iscritto all'albo) quota libera pari a euro (indicare la cifra)

a tal fine dichiara di (spuntare tutti e tre i punti)

Di avere preso visione dello Statuto di AiiUB, approvarlo in ogni sua parte e condividerne i principi e le finalità;

Di impegnarsi a versare la quota associativa annuale mediante il pagamento tramite bonifico bancario (IBAN IT63R0623051061000046680824- Beneficiario: ASSOCIAZIONE INFERMIERI ITALIANI ULTRASUONI BEDSIDE - Causale: nome cognome quota iscrizione 2022); Di impegnarsi ad inviare all'indirizzo mail presidente@aiiub.it il presente modulo compilato in tutte le sue parti e firmato.

Luogo e data _____ Firma _____



Associazione Infermieri Italiani **Ultrasuoni Bedside**
Modulo Iscrizione a.a. 2023

Informativa ai sensi dell'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. *I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.*

Firma _____

Compilazione riservata ad AiiUB: n. richiesta _____ Data accettazione ____/____/____

Annotazioni: _____

