



Modulo di Iscrizione

Accademia Italiana di Medicina del Sonno – AIMS

da inviare

via email all'indirizzo segreteria@avenue-media.eu

COGNOME

NOME

INDIRIZZO PRIVATO

VIA / PIAZZA

N°

CITTA'

CAP

PROV.

CELL. *

INDIRIZZO LAVORO

ENTE

DIVISIONE

VIA / PIAZZA

N°

CITTA'

CAP

PROV.

INDIRIZZO E-MAIL *

DATA DI NASCITA *

CODICE FISCALE

LAUREA IN *

CONSEGUITA NELL'ANNO *

POSIZIONE PROFESSIONALE *

NUMERO DI ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE E ORDINE PROVINCIALE *

SPECIALISTA IN *

SPECIALIZZANDO IN *

ALLEGO CURRICULUM VITAE (OBBLIGATORIO)

DICHIARO DI ACCETTARE INTEGRALMENTE LO STATUTO AIMS, GLI EVENTUALI REGOLAMENTI E DI ATTENERMI ALLE DELIBERAZIONI ADOTTATE DAGLI ORGANI ASSOCIATIVI.

SOCI PRESENTATORI:

1) _____ FIRMA _____

2) _____ FIRMA _____

Informativa Privacy

Con riferimento ai dati personali da Lei forniti, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, La informiamo di quanto segue: Il Titolare del Trattamento è AIMS che ha incaricato Avenue Media Srl con sede legale in Viale Aldini, 222/4 – 40136 Bologna come Responsabile del Trattamento. I dati da Lei forniti verranno utilizzati per la finalità di iscrizione all'associazione AIMS, per la gestione delle attività di segreteria operativa e contabile.

Testo integrale informativa privacy su www.avenuemedia.eu alla pagina "Informativa Privacy Congressi".

lo sottoscritto autorizzo il trattamento dei dati secondo le finalità e le altre indicazioni riportate nell'informativa SI NO

lo sottoscritto autorizzo l'invio di periodica newsletter per informarmi su futuri eventi organizzati dalla Società SI NO

Data ____ / ____ / ____

Firma _____