



Accademia Italiana
di Medicina del Sonno

Modulo di Ammissione alle Prove dell'Esame teorico-pratico per "Esperto in Disturbi del Sonno"

da inviare entro il 31/10/2026

via email a: segreteria@avenuemedia.eu

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Laureato/a in: ☐ Medicina e chirurgia ☐ Psicologia Il: ____/____/____

Qualifica: _____

Struttura di appartenenza: _____

chiedo di essere ammesso/a a sostenere le prove dell'Esame teorico-pratico per "Esperto in disturbi del Sonno"

Data e sede:

GIOVEDÌ 26 NOVEMBRE 2026 ore 15.00

Centro Congressi della Camera di Commercio di Verona

Dichiaro inoltre:

☐ **di essere Socio AIMS**

☐ **di NON essere Socio AIMS**

☐ **di avere partecipato al corso di Bertinoro nell'anno** _____

☐ **di non avere partecipato al corso di Bertinoro**

☐ **di avere effettuato training dal** _____ **al** _____

presso il centro certificato AIMS: _____

☐ **di non avere effettuato training**

(Data)

(Firma del richiedente)

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".

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

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

Data ____ / ____ / ____

Firma _____