

A.M.L.A.A.

Associazione Medicolegale Alessandria-Asti



RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'A.M.L.A.A. Associazione Medicolegale Alessandria-Asti

Il/La Sottoscritto/a

Cognome.....Nome.....

Nato/a a.....Il.....

Residente in.....Via.....n.....

CAP.....Prov.....

Telefono/i.....

Fax.....

E-Mail.....

Cellulare/i.....

Anno di Laurea.....

Specializzazione in.....

Conseguita presso l'Università di.....in data.....

Codice Fiscale.....

P.IVA.....

CHIEDE

Di essere iscritto all'Associazione Medicolegale Alessandria-Asti e dichiara sin da ora che, una volta iscritto, si atterrà alle norme dello statuto e del regolamento dell'Associazione.

Il Sottoscritto dichiara inoltre:

- 1) di impegnarsi a versare la quota annuale di iscrizione per l'anno in corso e di essere consapevole che l'omissione del versamento annuale comporta la decadenza di ogni diritto statutario;
- 2) di autorizzare l'Associazione all'uso dei dati personali per la spedizione di pubblicazioni tecniche e l'invio di mailing ai sensi della Legge 31.12.1996 sul trattamento dei dati personali.

Alessandria/Asti.....

Soci Presentatori

1°.....

2°.....