

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a Dott./ssa .....

nato/a a .....

il ...../...../.....

residente in .....

Cod Fiscale.....

e-mail .....

telefono .....

chiedo al Consiglio Direttivo di essere iscritto in qualità di Socio all' "**Associazione dei Medici di Famiglia di Vigevano e della Lomellina**" per l'anno .....

Dichiaro di accettare senza riserve lo Statuto e i Regolamenti che dichiaro di conoscere e dei quali condivido gli scopi e i principi ispiratori. Mi impegno contestualmente a versare la quota associativa annua di:  
(barrare la casella)

**Euro 20** (*Medici di Famiglia*)

**Euro 10** (*Medici iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale e Medici di Famiglia ritirati dalla professione*)

Autorizzo l'associazione all'utilizzo esclusivamente interno dei miei dati personali per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Ente, a tutela della mia privacy

N. B.: Il trattamento dei dati personali che la riguardano viene svolto nell'ambito dell'attività istituzionale della nostra Associazione, nel rispetto di quanto stabilito dal D.L. 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato al fine di rendere possibile la Sua partecipazione alle nostre attività. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, e per essi Lei potrà, in ogni momento, richiedere la cancellazione o la modifica rivolgendosi al Presidente dell'Associazione presso la nostra sede legale.

Data: .....

Firma per esteso

.....

Accettata e firmata dal Rappresentante legale dell'Associazione Medici di Famiglia Vigevano e Lomellina:

.....

