



AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ **Nome** _____
Nato il: _____ **a** _____
Codice Fiscale _____
Professione _____ **Disciplina** _____
Interessi professionali _____
Indirizzo _____ **C.A.P.** _____
Città _____ **Provincia** _____
E-mail _____ **Cellulare** _____

Data _____

Firma del richiedente

Autorizzo a trattare i miei dati personali ai sensi dell' Art. 13 D. Lgs. 196/2003. I dati personali saranno utilizzati solo dall' AINAT e solo a scopo comunicativo e legale. Potrò sempre accedere ai miei dati personali e chiedere la loro cancellazione rivolgendomi all'AINAT (info@ainat.it).

Data _____

Firma
