



## Modulo di iscrizione

# Associazione Infermieri Legali e Forensi

Ufficio di Presidenza  
Via Caduti della Resistenza, 16

53019 Castelnuovo Berardenga (Si)

www.ailf.eu presidente@ailf.eu 333/9018332 fax 0689282989

Da inviare via mail o via fax insieme alla ricevuta di versamento (25 € per i soci ordinari e 15 € per i sostenitori) sul c.c. n. 00000128722 presso Banca Popolare Etica IBAN IT87 X050 1803 2000 0000 0128 722 specificando la dicitura "Iscrizione AILF anno....."

Il/La sottoscritto/a

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

Cod. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| nat.... il .....

a ..... Provincia.....

Residente in ..... n° .....

Città..... CAP.....

Provincia..... Tel ..... Cell .....

E-mail.....

Titolo..... Anno di conseguimento.....

Scuola/Università.....

Master in Infermieristica Legale e Forense o equipollente: si |\_| no |\_| livello.....

Università..... Anno di conseguimento.....

Denominazione Ospedale: .....

Unità operativa/funzionale: .....

Collegio IPASVI..... Matricola.....

Chiede di essere ammesso quale socio: |\_| ordinario |\_| sostenitore dell'Associazione.

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere e regolamenti degli organi sociali validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto e gli eventuali regolamenti sociali.

Luogo e data .....

Firma del Socio.....

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutarî. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data .....

Firma del Socio.....