



Scheda di iscrizione

I campi contrassegnati da * sono obbligatori.

Si prega di scrivere i dati al computer prima della stampa (tranne la firma) oppure in stampatello leggibile (in particolare la mail).

Il/La sottoscritto/a

*Cognome:		*Nome:	
-----------	--	--------	--

*Via/Piazza:		*Città:	
--------------	--	---------	--

*CAP		*Prov.		Master in Infermieristica Legale e Forense	
------	--	--------	--	--	--

*email:		p.e.c.	
---------	--	--------	--

tel.		*cell.	
------	--	--------	--

*Luogo di nascita		*Data di nascita	
-------------------	--	------------------	--

*Codice Fiscale																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ISCRITTO AILF anno precedente:	SI		tessera n.			NO	
--------------------------------	----	--	------------	--	--	----	--

Unità operativa/funzionale:	
-----------------------------	--

Azienda sanitaria/ospedaliera/altro	
--	--

chiede di essere ammesso quale socio:	ordinario		sostenitore	
--	-----------	--	-------------	--

dell'Associazione Italiana Infermieri Legali e Forensi.

Data			
------	--	--	--

Firma _____

Ai sensi del d.lgs 196/2003 si informa che tutti i dati raccolti con la presente scheda saranno utilizzati, anche con modalità informatizzata, per l'invio delle informazioni inerenti il congresso e su altre iniziative di comunicazione su temi analoghi. Gli interessati possono richiedere ai sensi dell'art. 13 legge 675/1996 l'accesso, correzione, cancellazione dei propri dati. I dati potranno essere comunicati a soggetti terzi al solo fine di adempiere agli aspetti organizzativi e di natura economica del corso.

Con la compilazione del presente modulo, il firmatario esprime il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità sopra indicate.