



## MODULO DI ISCRIZIONE SOCIO ASAC

Domanda di iscrizione per l'anno..... (quota annuale €15).

**Da compilare e inviare con ricevuta di pagamento al FAX: 059.49068142**

### Dati personali

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

### Area di competenza professionale

Infermiere       Medico       Operatore Tecnico Autista       Soccorritore  
 Polizia di Stato       Carabiniere       Polizia Municipale       Vigile del Fuoco  
 Altro \_\_\_\_\_

### Ente/Azienda

Denominazione \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

#### Protezione dei dati personali (Prenderne visione e compilare in tutte le sue parti).

*Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con la compilazione del presente Modulo di iscrizione, si autorizza ASAC e le società scientifiche ad essa collegate, ad inserire il proprio nominativo nei relativi database. In ogni momento si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo all'indirizzo riportato nella testata del presente documento.*

Pertanto:  acconsento     non acconsento    al trattamento dei dati personali. **Firma** \_\_\_\_\_