



Ai sensi dell'Art 2 dello Statuto "Possono far parte dell'Associazione medici specialisti in Neurologia che svolgono prioritariamente l'attività professionale in regime ambulatoriale, domiciliare e residenziale, anche per conto di enti pubblici o privati"; "E' Possibile l'associazione ad AINAT di specialisti in discipline equipollenti o affini alla Neurologia purché svolgano la loro attività prevalentemente in ambito neurologico con le stesse modalità di cui al comma precedente".

DOMANDA DI ISCRIZIONE

COGNOME

NOME

NATO/A IL

/ /

A

CODICE FISCALE

PROFESSIONE

SPECIALIZZAZIONE

INDIRIZZO

CAP

CITTA'

PROV

EMAIL

CELLULARE

Con la presente richiesta autorizzo a trattare i miei dati personali ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679). 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 DEL DICHIARANTE

___/___/___

da inviare a: info@ainat.it