

**Domanda di Ammissione come Socio
dell' Associazione SPECIALSUN Medici in Formazione di Napoli**



Tessera n. _____

Dati del richiedente l'ammissione:

Cognome e Nome: _____

nato a _____ il _____

indirizzo mail _____

telefono _____

Corso di Formazione (solo per i soci Ordinari) :

Scuola di Specializzazione Dottorato di Ricerca

Corso di _____

Anno di iscrizione al Corso di Formazione (solo per i soci Ordinari) :

primo secondo terzo quarto quinto sesto

Tipo di rapporto associativo scelto:

- Socio Ordinario con quota associativa annuale
- Socio Aderente nessuna quota associativa annuale

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti.

A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto sociale

Napoli

Firma

In relazione all'informativa di cui alla legge 675/96 a tutela dei diritti sulla privacy, conferisco il mio consenso all'Associazione SPECIALSUN Medici in Formazione di Napoli al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Napoli

Firma