AISMI
ASSOCIAZIONE ITALIANA SALUTE MENTALE INFANTILE

SCHEDA DI ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE AISMI

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA_____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

EMAIL _____

TELEFONO _____

PROFESSIONE_____

ENTE O DITTA DI APPARTENENZA _____

ATTIVITA' PROFESSIONALI _____
_____
_____

PAROLE CHIAVI AREE PROFESSIONALI E DI RICERCA _____
_____
_____

INTESTAZIONE FATTURA ED EVENTUALE PARTITA IVA_____
_____

Il sottoscritto rilascia il consenso al trattamento dei dati personali per inserimento sul sito AISMI nella lista dei soci del proprio nominativo e professione ai sensi degli articoli 18 e 19, D. Lgs 30/6/2003 n. 196.

Data

Firma