



## SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dott. Cognome .....

Nome .....

Luogo e data di nascita .....

Abitante a ..... Prov. ....

Cap ..... Via ..... n. ....

Tel. Casa ..... Cell .....

E-mail .....

Codice Fiscale .....

Regione ..... Azienda .....

Ospedale/Distretto/P.O. ....

Qualifica **MEDICO SPECIALIZZANDO**

Specialità .....

Reparto .....

Chiede l'iscrizione a CIMO per la quota annuale di € 50,00 stabilita dalla Direzione Nazionale.

Con la presente, inoltre, si impegna a versare alla Segreteria Nazionale CIMO € 50,00 (cinquanta euro) quale quota di iscrizione tramite bonifico bancario intestato a:

**CIMO Nazionale - IBAN IT80H0304801000000000088292**

(Banca del Piemonte - Sede di Torino)

La validità dell'iscrizione è annuale e da me anticipata nel mese di Gennaio di ogni anno.

Data ..... Firma .....

### CONSENSO

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto copia e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione.

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza CIMO ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del Regolamento sopra citato, per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto CIMO.

Data ..... Firma .....