**SEGRETERIA -SEDE FISCALE**

c/o Bosoni Enrica

Via Savona, 94 - 20144 Milano

Cellulare 338 6924383

P. Iva 01303620544

**SEDE LEGALE**

c/o Dr**. Mattia Zamprogno**

Via A . Manzoni, 15

35012 Camposampiero – PD

Cell. **3477474766**

**Modulo di ☐ISCRIZIONE o ☐RINNOVO per Anno 2023☐ Anno 2024☐**

# COGNOME E NOME:

**RECAPITO PERSONALE**

*Da segnalare in caso di prima iscrizione o, se rinnovo, in caso di variazione dei dati*

Via/ Piazza num. Località Prov. CAP| | | | | | Tel. Fax

Tel. Cellulare e-mail

**RECAPITO PROFESSIONALE**

*Da compilare in caso di prima iscrizione o, se rinnovo, in caso di variazione dei dati*

ASL/Azienda Osp.

U.O./SERVIZIO

Località Prov. CAP| | | | | | Tel. Fax

Tel. Cellulare e-mail

**TIPOLOGIA ASSOCIATIVA**

*Crociare tutte le opzioni pertinenti*

* **Infermiere esperto** in: ☐ Stomaterapia ☐ Colonproctologia **☐** Riabilitazione del Pavimento Pelvico
* **Infermiere ☐Medico ☐Altro** *(specificare)*

**QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE €30,00 - QUOTA ASSOCIATIVA BIENNALE €50,00**

Il pagamento può essere effettuato a mezzo di:

* Bonifico Bancario a codice IBAN **IT68T0306909606100000119795 BANCA INTESA SANPAOLO**
* Vaglia postale intestato a: Segreteria AIOSS c/o Enrica Bosoni – Via Savona 94 -20144 Milano
* Direttamente al delegato/o AIOSS che ritira il modulo di iscrizione compilato L’iscrizione, per il periodo scelto, è attiva dal giorno dell’avvenuta ricezione del versamento.

**REGISTRO DEGLI INFERMIERI ESPERTI IN STOMATERAPIA, COLONPROCTOLOGIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO**

Ai fini della pubblicazione dei propri dati personali sul Registro, è **NECESSARIO** specificare quanto segue:

* Sono GIA’ iscritto al Registro **☐** NON sono iscritto al Registro
* Sono GIA’ iscritto al Registro e comunico le eventuali **☐** DESIDERO essere iscritto al Registro variazioni ai dati personali o professionali*(v. sopra)* **☐** NON DESIDERO essere iscritto al Registro

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In riferimento al D.Lgs. n.196/03 art.7 ed al Regolamento Europeo della Protezione dei Dati (GDPR) 2016/679 io sottoscritto

* **ESPRIMO** ☐**NEGO** esplicitamente il consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati, limitatamente ai fini associativi istituzionali. Sul sito [www.aioss.it](http://www.aioss.it/) consultate la Privacy Policy estesa.

**N. B.** Se il pagamento dell’iscrizione avviene tramite Bonifico Bancario o Vaglia Postale il presente modulo va inviato via mail a [enricabosoni@tiscali.it](mailto:enricabosoni@tiscali.it) con allegata copia dell’attestato di pagamento o a:**Segreteria AIOSS c/o Enrica Bosoni Via Savona, 94- 20144 -Milano**

# Data Firma