



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

SEGRETERIA -SEDE FISCALE
c/o Bosoni Enrica
Via Savona, 94 - 20144 Milano
Cellulare 338 6924383
P. Iva 01303620544

SEDE LEGALE
c/o Dr. Mattia Zampogno
Vicolo A. Manzoni, 15
35012 Camposampiero – PD
Cell. 3477474766

Modulo di ISCRIZIONE o RINNOVO per Anno 2026 Anno 2027

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 : **A.I.O.S.S. ASS.NE ITALIANA OPERATORI SANITARI DI STOMATERAPIA**
IBAN IT68T0306909606100000119795 BANCA INTESA SANPAOLO
 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 variazioni ai dati personali o professionali(v. sopra) DESIDERO essere iscritto al Registro
 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 consultate la Privacy Policy estesa.

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

Data _____ Firma _____