

## 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: ☐ Stomatologia ☐ 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:

- |                                                                                                                                        |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sono GIA' iscritto al Registro                                                                                | <input type="checkbox"/> NON sono iscritto al Registro            |
| <input type="checkbox"/> Sono GIA' iscritto al Registro e comunico le eventuali variazioni ai dati personali o professionali(v. sopra) | <input type="checkbox"/> DESIDERO essere iscritto al Registro     |
|                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 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.aiooss.it](http://www.aiooss.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](mailto: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 \_\_\_\_\_