

Il sottoscritto Dott /Dott.ssa

Nato/a a il C. Fiscale.....

Residente a

in via cap.

Tel/Fax: Cell:.....

indirizzo posta elettronica (e-mail):

- Specialista in pediatria e/o in possesso di titoli equipollenti o equiparati**
- Specializzando in pediatria.**

DICHIARA

di aderire alla F.I.M.P. – Federazione Italiana Medici Pediatri, dalla data odierna.

Data

Firma:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il/la scrivente, sopra identificato, dichiara di essere stato/a pienamente e preventivamente informata del trattamento dei dati che la F.I.M.P. - in esecuzione dell'adesione associativa ricevuta - può effettuare ed esprime il suo consenso al trattamento dei propri dati personali eventualmente anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi nel rispetto del Dlgs 196/03

data

Firma:

Compilare in duplice copia la suddetta richiesta d'associazione alla F.I.M.P.

Una copia deve essere inviata per conoscenza via mail, alla:

FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri

Segreteria Provinciale di Lecce,

Via Miglietta 5 – 73100 Lecce

Tel. +39 338 837 9326

Email: segreteria@fimplecce.it