



## ISTITUTO DI MEDICINA GLOBALE

---

### SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE

---

Data .....

Cognome e nome .....

Data e luogo di nascita .....

Codice fiscale.....

---

### RESIDENZA

---

via ..... n. ....

città ..... provincia..... CAP.....

tel. ab. .... uff. .... cel.....

e-mail .....

---

### STUDIO - PROFESSIONE

---

titolo di studio .....

professione .....

Il sottoscritto chiede di far parte dell'associazione Istituto di Medicina Globale, dichiara sotto la sua responsabilità che i dati sopra riportati corrispondono al vero. Dichiara inoltre di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento interno dell'associazione, di condividerne gli scopi e le modalità. Allega alla presente domanda: la quota di iscrizione e 1 fotografia formato tessera.

Firma.....

Il sottoscritto autorizza l'Associazione al trattamento dei dati personali in base al decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni.

Firma.....

# AUTOCERTIFICAZIONE

In riferimento alla Disciplina in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà, ai sensi del D.L. 28 dicembre 2000 n° 445 (testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) agli Art. 46 e 47.

Il sottoscritto .....

dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere in possesso del titolo di studio:

.....

conseguito nell'anno ..... presso.....

- di essere nato a: città ..... provincia .....

il giorno ..... del mese di ..... dell'anno .....

- di essere residente a: città ..... provincia .....

via ..... numero .....

- di essere cittadino (cittadinanza) .....

- di essere in possesso del certificato dei diritti politici

Data .....

Firma .....