



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. cell.....

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 ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (e successive modificazioni) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

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