

MODULO RICHIESTA D'ISCRIZIONE

Gentile Dott.ssa Rita Formisano,
compilando il presente modulo desidero diventare Socio della SIRAS – Società Italiana Riabilitazione di Alta Specializzazione.

Di seguito i miei dati personali.

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Domicilio: _____ n. _____ Comune: _____

Provincia: _____ CAP: _____

Sede lavorativa: _____

Indirizzo sede lavorativa: _____ n. _____

Comune: _____ Provincia: _____ CAP: _____

Ruolo: _____

Specializzazione in: _____

Telefono/Cellulare: _____

Email: _____

Chiede di essere iscritto/a alla Società Italiana Riabilitazione di Alta Specializzazione SIRAS in qualità di:

OVER 35 (€ 50,00)

UNDER 35 (€ 35,00)

Si allega Curriculum Vitae e copia del pagamento della quota associativa per l'anno: _____

Nome 1° Socio Ordinario: _____ Firma: _____

Nome 2° Socio Ordinario: _____ Firma: _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge Italiana sulla Privacy 196/2003.

Data: _____ Firma: _____

Segreteria Organizzativa



+06 83527676

segreteria@sirasonline.it

www.sirasonline.it

