

## DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCIO EFFETTIVO

### ANAGRAFICA\*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Località di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Eventuale scadenza permesso di soggiorno \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA personale \_\_\_\_\_

### INDIRIZZO\*

Tipologia:  Residenza  Domicilio professionale

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ Edificio/Scala \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_

### RECAPITI

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare\* \_\_\_\_\_

E-mail personale \* \_\_\_\_\_

E-mail alternativa \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_ Fax/Cell. Lavoro \_\_\_\_\_

### AZIENDA DI COLLABORAZIONE

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Gruppo aziendale \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

Lavoratore:  dipendente  autonomo  titolare/socio  non esercitante la professione sanitaria

### INTESTAZIONE DOCUMENTI FISCALI

Personale

Aziendale

FORMAZIONE\*

Titolo di studio SECONDARIA SUPERIORE \_\_\_\_\_

**Titolo Professionale Universitario in TECNICHE AUDIOPROTESICHE**

Sede Universitaria \_\_\_\_\_

Data prova finale \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_

Anno Immatricolazione \_\_\_\_\_

*Oppure:*

Titolo Professionale di Tecnico Audioprotesista rilasciato dall'Ente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_

Riconosciuto dal D.M. 27 luglio 2000 pubblicato sulla G.U. n. 195

*ALTRI CORSI DI LAUREA DI PROFESSIONI SANITARIE*

Master

Altra laurea

Corso Universitario in \_\_\_\_\_

Sede Universitaria \_\_\_\_\_ Anno immatricolazione \_\_\_\_\_

Data prova finale \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_

*CREDITI ACQUISITI:* Triennio \_\_\_\_\_ ECM n. \_\_\_\_\_ Triennio \_\_\_\_\_ ECM n. \_\_\_\_\_

- Ai sensi dell'art. 5 del vigente Statuto, dichiara di conoscere e di accettare, senza eccezioni e riserve, lo Statuto, il Codice deontologico e le norme regolamentari che reggono il Sodalizio, impegnandosi fin d'ora ad ottemperarvi scrupolosamente.
- Autorizzo inoltre la comunicazione dei miei dati agli Enti Ministeriali ed ai soggetti di pubblica utilità.
- Ai sensi del Regolamento GDPR 679/2016 Vi informiamo che i dati così raccolti saranno trattati con sistemi informatici e sono necessari per lo svolgimento dell'attività associativa. La mancata fornitura dei dati comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto associativo. Ai fini del corretto trattamento dei dati è necessario che l'interessato comunichi tempestivamente e per iscritto ogni variazione alla Segreteria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:  copia titolo professionale in Audioprotesi  copia della carta d'identità,  
 copia Codice Fiscale

***Tutta la suddetta documentazione è trasmissibile a mezzo mail all'indirizzo: [segreteria@fiaweb.it](mailto:segreteria@fiaweb.it)***

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente