



MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE NUOVI SOCI A.R.C.A.

REGIONE: _____
(SI PREGA CORTESEMENTE DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

COGNOME NOME

INDIRIZZO DI RESIDENZA.....

CITTA' DI RESIDENZA CAPPROVINCIA

POSTA ELETTRONICA

TEL. CELL/UFFICIO/ABIT.....N. FAX

LUOGO E DATA DI NASCITAF M

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LUOGO DI LAVORO

QUALIFICA..... IN QUIESCENZA

ISCRITTO ALL'ORDINE DEI MEDICI DI.....CON NUMERO.....

I SPECIALITA' ANNO I SPECIALITA'

II SPECIALITA' ANNO II SPECIALITA'

AREE DI INTERESSE :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CARDIO CLINICA | <input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE | <input type="checkbox"/> ERGOMETRIA | <input type="checkbox"/> ANGIOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CARDIO PEDIATRIA | <input type="checkbox"/> CARDIO NUCLEARE | <input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> ARITMOLOGIA | <input type="checkbox"/> INFORMATICA | <input type="checkbox"/> MEDICINA SPORT | <input type="checkbox"/> LINGUA STRANIERA |

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./PROF.....

A CONOSCENZA DELLO STATUTO DELL' A.R.C.A. NE CHIEDE LA ISCRIZIONE IN QUALITA' DI SOCIO

ORDINARIO ADERENTE

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI STATUTARI

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 del 27.04.2016 la informiamo che A.R.C.A. Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali tratterà i suoi dati personali, anche in modalità elettronica e/o automatizzata, per tutto quanto previsto dallo statuto dell'Associazione, compreso l'invio di informazioni e comunicazioni commerciali, l'invio di materiale informativo e culturale, nonché la comunicazione alle industrie e distributori farmaceutici al fine di gestire partecipazioni a congressi, convegni ed incontri culturali. I suoi dati saranno conservati per tutto il periodo in cui lei risulterà essere socio dell'Associazione e al termine saranno cancellati e/o distrutti. Informazioni sui suoi dati in nostro possesso potranno essere richieste interpellando il Presidente della Sede Regionale a cui lei fa riferimento; in alternativa è possibile inviare una mail a segreteria@arcacardio.eu o telefonare al nr. 06 3211744 o inviare una comunicazione a A.R.C.A Viale Bruno Buozzi, 56 00197 Roma. Firmando la presente scheda lei acconsente esplicitamente al trattamento dei dati indicato.

DATA

FIRMA

Il Consiglio Direttivo regionale A.R.C.A. dichiara che il suddetto collega può essere iscritto nell'Albo dei Soci con la qualifica di Socio

Data

Il Presidente Regionale