Il/la sottoscritto/a **Dott.**

**chiede di essere iscritto alla Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita ( S.I.M.P. e S.V.)**

**A tal fine dichiara:**

- di essere Medico di Medicina Generale **si**  **no**

- di essere Medico di ( specificare )

 **continuità assistenziale - emergenza sanitaria - medicina dei servizi - settore speciale formazione - settore inps - medicina penitenziaria**

- di essere pensionato **si**  **no**

- di aver compiuto il percorso formativo di Base su Nutrizione, Alimentazione, Sovrappeso e Obesità

(20 ore comprovate da crediti E.C.M.) **si**  **no**

-di aver intrapreso il percorso formativo in Nutrizione, Alimentazione, Sovrappeso e Obesità

(comprovato da crediti E.C.M.)  **si**  **no**

-di accettare tutte le norme dello Statuto vigente che si impegna ad osservare unitamente

alle deliberazioni adottate dagli organi associativi

-di avere corrisposto la quota associativa per l’anno in corso pari a:

**SOCIO ORDINARIO** EURO 60,00

**SOCIO AGGREGATO** EURO 60,00

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Scheda anagrafica e fiscale**

Il presente modulo è parte integrante della domanda di iscrizione cui deve essere allegato, compilato

in tutte le sue voci, possibilmente in stampatello.

Nome e cognome

Data e luogo di nascita

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo residenza

CAP Città Provincia

Indirizzo e-mail

Recapiti telefonici

Specializzazione/i

Anno di laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anno di convenzionamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa Art. 13 D.Lvo 196/2003**

“La informiamo che, in relazione all’ Art. 13 D.Lvo 196/2003, il trattamento dei Suoi dati personali sarà

improntato sui principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi

diritti”.

I dati da Lei forniti verranno trattato solo ed esclusivamente per finalità istituzionali; il trattamento

sarà effettuato con modalità cartacee ed informatiche.

**Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita**

**Atto di consenso**

“Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi del D.Lvo 196/2003 Art. 23,

l’interessato presta il suo consenso al trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta

informativa.”

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Quote e modalità di pagamento:***

*Iscrizione gratuita per gli Iscritti al Triennio di Formazione in Medicina Generale*

*Eta’ inferiore a 35 anni: quota associativa 40 euro/anno*
*Eta’ uguale o superiore a 35 anni: quota associativa 60 euro/anno*

***da versarsi sul c/c intestato a: SIMPeSV Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita***

***IBAN : IT92X0832703218000000019838 - BCC Roma Ag. 18 Via Amico Aspertini 392 – 00133 Roma***