



Associazione Scientifica Infermieri Esperti Comunicazione Ipnotica

SCHEDA ISCRIZIONE

Prima Iscrizione

Rinnovo

N° TESSERA _____

Riservato alla Segreteria

Nome _____ Cognome _____

Luogo Nascita _____ Prov. _____ Data ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ N° _____ C.A.P. _____

Mail _____ Cell. _____

Infermiere Infermiere Pediatrico Medico Altro _____

Ospedale/Ente _____

Reparto _____

Indirizzo _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Formazione in Comunicazione Ipnotica o Ipnosi NO SI

Se SI Quali

Privacy (D.Lgs. 196/2003)

A.S.I.E.C.I. garantisce che i dati anagrafici da Lei indicati saranno trattati in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e potranno essere trasmessi alle funzioni interne o esterne competenti per espletare le procedure associative, amministrative o contabili; potranno essere utilizzati per l'invio di materiale informativo sull'Associazione e sull'attività formativa organizzata.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____