



# AINAT

## Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome . . . . . Nome . . . . .  
Nata/o il: . . . . . a . . . . .  
Codice Fiscale . . . . .  
Professione . . . . . Disciplina . . . . .  
Interessi professionali . . . . .  
Indirizzo . . . . . C.A.P. . . . .  
Città . . . . . Provincia . . . . .  
E-mail . . . . . Cellulare . . . . .

Data . . . . . Firma del richiedente  
. . . . .

\*\*\*\*\*

Autorizzo a trattare i miei dati personali ai sensi dell' Art. 13 D. Lgs. 196/2003. I dati personali saranno utilizzati solo dall' AINAT e solo a scopo comunicativo e legale. Potrò sempre accedere ai miei dati personali e chiedere la loro cancellazione rivolgendomi all' AINAT (info@ainat.it).

Data . . . . . Firma  
. . . . .

#### Soci AINAT controfirmatari:

1) Dr. . . . . Firma. . . . .

2) Dr. . . . . Firma. . . . .

COMPILARE E INVIARE ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA "**info@ainat.it**"