



DOMANDA DI ADESIONE TES

ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI	QUOTA DI ISCRIZIONE	PAGAMENTO
ORDINARIO	20 Euro	PAGAMENTO EFFETTUATO <input type="checkbox"/>

Cognome e Nome _____

Associazione di Appartenenza _____

C.F.: _____ P.IVA: _____

Luogo e data di nascita: _____

Indirizzo domicilio: _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Tel: _____ Cellulare: _____ Email: _____

Attività lavorativa: _____ Tel. lavoro: _____

Titolo di studio: _____

Motivo della richiesta di iscrizione:

- Volontariato/Dipendente nell'emergenza
- Medico
- Infermiere

Allegati:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dichiarazione di Soccorritore 118 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Copia tessera ordine MEDICI | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Copia tessera ordine INFERMIERI | <input type="checkbox"/> |

Pregasi allegare dettagliato curriculum formativo: si no

Chiede di essere iscritto solo in qualità di socio di TES

Il trattamento dei dati personali verrà svolto del rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 e GDPR 679/2016 di cui viene allegata l'informativa.

Dichiaro di avere letto e compreso l'informativa che mi è stata consegnata ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 e art. 13,14 GDPR 679/2016

Luogo e Data: _____ Firma: _____

N.B il mancato pagamento dell'iscrizione (opzione scelta) rende nulla la richiesta. La domanda verrà valutata dalla segreteria entro e non oltre 15 giorni dalla presentazione (obbligatoriamente completa di quanto richiesto). In caso di accettazione riceverà all'indirizzo comunicato tessera cartacea di socio in caso contrario riceverà la quota corrisposta al netto delle spese bancarie.

Modalità di pagamento: **Bonifico bancario intestato a National Rescue Council – BANCA UNICREDIT**

IBAN IT 24 Y 02008 01064 000 102693092 CAUSALE: ISCRIZIONE TES

Luogo e Data: _____

Firma: _____