



## LEGA INTERDISCIPLINARE PER LA NEUROLOGIA TERRITORIALE

Al Presidente della LINT

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ( )

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di

- SOCIO ORDINARIO (Neurologi)
- SOCIO ADERENTE (tutte le altre figure professionali)

Inoltre, il sottoscritto/a

### DICHIARA

- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs n.196/2003 e in relazione all'informativa fornita. In particolare, si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_