

ISCRIZIONE AL COORDINAMENTO NAZIONALE CAPOSALA - COORDINATORI

Abilitati alle Funzioni Direttive dell'Assistenza Infermieristica – Master in Management per le Funzioni di Coordinamento

Motivazioni: L'iscrizione al Coordinamento è ritenuta indispensabile per un duplice motivo

- Per l'importanza della consistenza numerica che, oltre ad esprimere l'assenso dell'iscritto, dà maggiore incisività alla nostra associazione;
- Per il sostegno economico, che si fa col tempo sempre più necessario.
- La quota di iscrizione per l'anno **2015 di € 35,00**. La tessera di iscrizione, vistata dal Presidente Nazionale, verrà inviata successivamente e conterà l'avvenuta iscrizione. Chi non la ricevesse è pregato di segnalarlo.

DESIDERO ESSERE ISCRITTO AL COORDINAMENTO NAZIONALE CAPOSALA ABILITATI ALLE FUNZIONI DIRETTIVE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Inviare la quota di iscrizione di € 35, tramite Conto Corrente Postale n.12441374, intestato al “*Coordinamento Nazionale Caposala Abilitati Alle Funzioni Direttive dell'Assistenza Infermieristica*”.

Inviare questo modulo d'iscrizione tramite fax al n. 045.8041056 oppure per posta al “Coordinamento Nazionale Caposala/ De Togni – Vicoletto Sole, 5 – 37121 Verona” oppure scannerizzato via email a cnc.detogni@libero.it.

Data _____ FIRMA _____

MODULO D'ISCRIZIONE (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Cognome _____ Nome _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N° _____

Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____ Cellulare n. _____

E-mail _____

Titolo di Studio professionale di INFERMIERE: SI NO (barrare la voce interessata)

Master in Management – Decr. Minist. n°509/99 : SI NO Conseguito il _____ Università di _____

Abilitazione alle funzioni direttive SI NO Conseguito il _____ presso la Scuola di _____

Altri Titoli o Specializzazioni _____

Caposala/Coordinatore incaricato dal _____ di ruolo dal _____

Unità Operativa/Servizio _____

Ospedale di _____ Azienda USL/Osp. N° _____ Regione _____

Via _____ N. _____ Città _____

Provincia _____ C.A.P. _____ Tel. _____ / _____

Nuovo iscritto **Rinnovo**

INFORMATIVA EX ART.10 LEGGE 675/96 – TUTELA DATI PERSONALI

In base alla legge m.675/1996, che tutela il diritto alla riservatezza rispetto al trattamento dei dati personali, la informiamo che i suoi dati potranno essere da noi utilizzati per le seguenti finalità: - informarla sull'attività del CNC; - inviarle programmi e inviti di convegni e iniziative varie; - inviarle il Foglio Notizie del CNC.

I dati da lei forniti saranno da noi trattati con modalità tali da garantire la sicurezza e la riservatezza; in particolare, il suo indirizzo potrà essere comunicato a soggetti terzi, il cui elenco è a disposizione presso la sede dell'Associazione esclusivamente per la diffusione di stampa periodica specializzata.

La informiamo che in relazione al trattamento dei suoi dati personali può esercitare i diritti previsti dall'art.13 della legge citata e che, in particolare, può opporsi all'utilizzo degli stessi per le finalità sopraindicate dandone comunicazione al CNC presso l'indirizzo della sede.

La Presidente CNC

Preso atto dell'informativa di cui sopra, dichiaro il mio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità specificate.

Data

Firma
