

# **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 **2017 di € 35,00**. La tessera di iscrizione, vistata dal Presidente Nazionale, verrà inviata successivamente e confermerà 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**

**Invio 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](mailto: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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_