



## DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCI

Si prega di scrivere in modo leggibile e di inserire prefissi telefonici, codici di avviamento postale e province

*(SI PRECISA CHE LO STATUTO PREVEDE LA SOLA ISCRIZIONE DI MEDICI ED INFERMIERI PROF.LI)*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Luogo / data di nascita \_\_\_\_\_ Medico / Inf. Prof. \_\_\_\_\_

Indirizzo domicilio: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo Ospedale: Reparto \_\_\_\_\_ Ospedale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Specializzazione praticata \_\_\_\_\_

Esperienze didattiche di RCP (specificare se già Istruttore-IRC ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pubblicazioni attinenti la RCP e l' emergenza (titolo, nome della rivista, anno) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Altri dati curricolari riguardanti la RCP \_\_\_\_\_

**N.B. la domanda verrà vagliata dal Direttivo entro un massimo di 2 mesi**

Inviare a: Segreteria IRC – Via Croce Coperta 11 – 40128 Bologna

**Fax 051/4189693 - E-mail : [segreteria@ircouncil.it](mailto:segreteria@ircouncil.it)**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS N. 196/2003**

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196/2003 il/la sottoscritto/a ACCONSENTE al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione Italian Resuscitation Council per lo svolgimento delle normali attività amministrative e burocratiche e per l'invio di materiale informativo sull'attività svolta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**IRC - Italian Resuscitation Council**

Via della Croce Coperta, 11 - 40128 Bologna - Tel. 051.4187643 - Fax 051.4189693 - P.iva/C.F. 11626470154

web: [www.ircouncil.it](http://www.ircouncil.it) - e-mail: [segreteria@ircouncil.it](mailto:segreteria@ircouncil.it) - [amministrazione@ircouncil.it](mailto:amministrazione@ircouncil.it) - [info@ircouncil.it](mailto:info@ircouncil.it)