



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) _____

Publicazioni 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

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 _____