



SCHEDA D'ISCRIZIONE – Anno Accademico/....

Evento _____ **Date** _____

Cognome

Nome

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Doc Identità (tipo):

N°

Rilasciato da

Luogo di nascita

Data di nascita

Indirizzo residenza

CAP

Città

Prov

Regione/Nazione

E-mail

Recapiti telefonici

Titolo di studio - contrassegnare con una X il proprio titolo e *specificare:

laurea*

specializzazione post laurea*

diploma*

post diploma*

Iscrizione all'Ordine/Collegio/Ass.prof.li* num*

Libero professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

Operatore con attestato ANIRE Area

Si

No

Anno

/

Documenti ai fini della validità dell'iscrizione:

Autocertificazione allegata debitamente compilata e firmata con firma estesa e leggibile

Ai sensi della legge 675/96 autorizzo il C.N.R.A.F.A. ONLUS – A.N.I.R.E. alla raccolta ed al trattamento dei presenti dati.

non accetto

accetto

Firma estesa e leggibile per accettazione

Data

In fede,

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

il _____

residente in _____

Via _____

n. _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

essere nato/a a _____

il _____

di essere residente a _____

Via/Piazza _____

di essere in possesso del documento d'identità _____

N° _____

Rilasciato da _____

di essere iscritto nell'albo, registro o elenco _____

tenuto dalla amministrazione pubblica _____

appartenere all'ordine professionali dei/delle _____

tenuto dalla amministrazione pubblica _____

num. _____

di essere in possesso del titolo di studio di _____

rilasciato da _____

il _____

di avere sostenuto i seguenti esami _____

presso _____

di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualifica tecnica: _____

di essere in possesso del codice fiscale avente numero _____

di essere titolare di partita IVA _____

di essere libero professionista _____

di essere dipendente _____

di essere convenzionato _____

di essere disoccupato _____

che non ho nel corso degli ultimi due anni avuto interessi commerciali in campo sanitario _____

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____ **Il dichiarante** _____

(Firma leggibile)

La presente dichiarazione non va autenticata e sostituisce in via definitiva, per tutti gli effetti i certificati richiesti o destinati