MODULO D'ISCRIZIONE S.N.R. GIOVANI

SETTORE DEDICATO SPECIALIZZANDI DELL'AREA RADIOLOGICA

Il sottoscritto/a Dott./ ssa:

NOME _____COGNOME_____

CODICE FISCALE: _____NATO A:_____

IL: _____INDIRIZZO:_____N._____

CAP: _____CITTA' _____PROV.: _____

TEL. AB.:_____ CELL.: _____

E-mail :_____Pec. _____

UNIVERSITA' CORSO DI SPECIALIZZAZIONE:_____

DATA INIZIO CORSO SPECIALIZZAZIONE: _____

DATA FINE CORSO SPECIALIZZAZIONE: _____

ANNO DI CORSO ATTUALE: _____

☐ Radiodiagnostica ☐ Radioterapia ☐ Medicina Nucleare

CHIEDE di aderire al S.N.R.
(in forma gratuita per la durata del Corso di Specializzazione)

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto autorizza ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 - GDPR al trattamento da parte di SNR dei dati da me comunicati.

Data: _____ Firma: _____

Inviare la scheda compilata alla Segreteria Nazionale SNR
Via Farini 62, 00185 Roma
Tel. 06 4820329 – 4823629 Fax: 06 4822609 e-mail: snr@raggix.it