

MODULO D'ISCRIZIONE S.N.R. GIOVANI

SETTORE DEDICATO SPECIALIZZANDI NON ASSUNTI 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 - e-mail: snr@raggix.it