

# Richiesta di iscrizione in qualità di Socio Ordinario alla Società Italiana di Medicina Narrativa

Inviare via e-mail all'indirizzo: [medicinanarrativa.rg7@gmail.com](mailto:medicinanarrativa.rg7@gmail.com)

Allegare:

- Curriculum Vitae
- fotocopia della ricevuta di pagamento effettuata mediante bonifico sul conto corrente bancario IT 75 A 02008 17004 000103106140 intestato a: Società Italiana di Medicina Narrativa

Nome e cognome:	
Luogo e Data di nascita:	
Domicilio:	
CAP e Città:	Prov.
Telefono:	
E-mail:	
Ente di appartenenza:	
Indirizzo Ente:	
Incarico:	
Qualifica professionale:	

Ho preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi dell'art. 13, DLgs. 30 giugno 2003 n. 196 e consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e delle finalità specificate nell'informativa. Ho preso altresì visione di quanto previsto dall'art. 7 del citato DLgs. N. 196/2003 in relazione ai diritti a me riservati dalla normativa sulla "privacy".

Luogo e Data

Firma