SCIENZE NEUROLOGICHE OSPEDALIERE
Società dei Neurologi Neurochirurghi Neuroradiologi Ospedalieri
www.snoitalia.org

MODULO DI REGISTRAZIONE Socio Ordinario SNO (MEDICO)
compilare in stampato maiuscolo

*CODICE FISCALE ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*COGNOME ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*NOME ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*EMAIL ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*TELEFONO ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*REGIONE ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*CITTÀ DI PROVENIENZA ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*DATA DI NASCITA ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*ATTIVITÀ PROFESSIONALE PREVALENTE (barrare la casella)

Neurologo [N]; Neurochirurgo [NC]; Neuroradiologo [NR]; Neurofisiopatologo [NF]

Neuropsichiatra Infantile [NI]; Fisiatra [F]; Altre attività neurologiche [NX]

Specialità non neurologiche (specificare attività)

___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

***TITOLO**: Professore [Pr]; Dottore [Dr]

***QUALIFICA:** Ospedaliero [O]; Universitario [U]; Libero professionista [L]; Convenzionato [C] Posizione apicale [1]; Secondaria [2]

Altro [3] (specificare)

___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*AFFILIAZIONE ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

Ricevuta di iscrizione

*INTESTAZIONE ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___

*CODICE FISCALE / P.IVA ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

*INDIRIZZO ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

Vi invitiamo a prendere visione dello Statuto societario dal sito **www.snoitalia.org**

Data _____ / _____ / _____ **Firma** _____

Privacy
Tutti i dati rilasciati verranno raccolti e trattati nel rispetto del Regolamento 679/2016. I dati non saranno comunicati a soggetti terzi ad eccezione dei soggetti da noi incaricati per la gestione della richiesta. I dati verranno altresì utilizzati per l'invio di comunicazioni societarie, ivi incluse iniziative di interesse nell'ambito delle Neuroscienze.

***Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per il solo fine delle attività sopra descritte:** ☐ **Accetto (*obbligatorio)**