



ASSOCIAZIONE AVVOCATURA DEGLI INFERMIERI

ASSOCIAZIONE A.A.D.I.

C.F. 97761890587

Via Gesualdo Bufalino n. 12, scala C, int. 3 - 00139 Roma

tel. 06.97274485

3389763702

3338911795

www.aadi.it - legale@aadi.it

MODULO DI ISCRIZIONE ANNUALE

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a il _____

a _____ residente in _____

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel./cell. _____ email (non inserire l'email aziendale)

nome azienda _____

indirizzo azienda Via _____

n. _____ città _____ (Pr. _____) C.A.P. _____

si iscrive all'Associazione Avvocatura Degli Infermieri versando **centottanta (180)** euro nel seguente conto corrente IBAN del Banco BPM:

IT14M0503403268000000023095

L'iscrizione sarà operativa dall'effettivo trasferimento di pagamento e avrà durata di un anno.

Preso atto del G.D.P.R. n. 679/2016, il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione A.D.I. e il datore di lavoro a trattare i propri dati personali per le finalità di cui alla presente iscrizione.

Dichiaro altresì di aver preso conoscenza dello Statuto pubblicato nel sito www.aadi.it e di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle relative delibere e regolamenti pubblicati.

Data _____ Firma _____