

## 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:

**IT14M05034032680000000023095**

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](http://www.aadi.it) e di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle relative delibere e regolamenti pubblicati.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_