



S.I.F.I.P.

Al Presidente S.I.F.I.P.  
Via Dell'Umiltà n°49 – int.4  
00187 Roma

Il sottoscritto Dott. /Prof. \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
In Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Qualifica professionale \_\_\_\_\_  
Sede di lavoro \_\_\_\_\_

Chiede di far parte della SOCIETA' ITALIANA PER LA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA (S.I.F.I.P.)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informazioni di cui si prende atto:

1. la regolarizzazione della quota associativa (€ 30,00) può essere effettuata con la sua corresponsione diretta al tesoriere, oppure tramite versamento sul c/c postale n. 35765007, intestato a: Società Italiana per la Formazione in Psichiatria (S.I.F.I.P.) Via Dell'Umiltà n. 49 – 00186 Roma.
2. Informativa Art. 10 Legge 675/96 – In relazione a quanto disposto dall'art.10 della Legge 675/1996 assicuriamo che i suoi dati personali fornitici alla presente occasione, saranno oggetto di trattamento informatico, al fine di documentare la sua partecipazione a congressi, meeting ed iniziative in genere organizzate dalla S.I.F.I.P. (ed a trattamenti derivanti da obblighi di Legge)

Firma \_\_\_\_\_