Al Prsidente S.I.F.I.P.
Dr. Francesco Valeriani
Via Dell'Umiltà n°49 – int.4
00187 Roma

Il sottoscritto dott. _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____CAP _____
In Via _____N. _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
e-mail _____
C.F. _____
Qualifica professionale _____
Sede di lavoro _____

Socio **S.I.P.**	SI	NO
Specialista in Psichiatria	SI	NO

Chiede di far parte della **SOCIETA' ITALIANA PER LA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA**
(Sezione speciale **S.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 bonifico bancario:
   c/c S.I.F.I.P. n° 13466 - Banca Credito Cooperativo di Roma – Ag. Castel di Sangro (AQ)
   IBAN IT46J0832740520000000013466
2. I benefici associativi (partecipazione gratuita a convegni, corsi, invio rivista, etc.) decorrono, per i nuovi iscritti, dopo 3 mesi dall'accettazione come soci e relativa regolarizzazione contributiva.
3. **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 _____