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 _____

Specialista in Psichiatria *SI* *NO*

Chiede di far parte della **SOCIETA' ITALIANA PER LA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA**

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 A.R.F.N. onlus- Banca Credito Cooperativo di Roma – Ag. 131
   IBAN IT42C0832714800000000006121
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 _____