

Spett.le Consiglio Direttivo
World Health Academy of Dermatology and Pediatrics
Piazza Giovanni Randaccio n. 1
00195 Roma (RM)

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov (____) cap (____) il _____ sesso _____

residente in _____ prov (____) cap (____)

via/piazza _____ n. _____,

Codice Fiscale _____

e-mail _____ @ _____

sede lavoro _____ prov (____) cap (____)

via/piazza _____ n. _____,

Pediatra : O di Libera Scelta O ospedaliero O Universitario O Libero Professionista O Altro

Dermatologo: O Ambulatoriale O ospedaliero O Universitario O Libero Professionista| O Altro

Tel _____ Cell. _____

Laureato in medicina e chirurgia, specializzazione in Dermatologia Pediatria

specializzando in Dermatologia Pediatria

C H I E D E

di essere ammesso quale socio di codesta spett.le associazione, dichiarando di essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge, dallo Statuto e dal Regolamento, di assoggettarsi a tutti gli obblighi derivanti dalla legge, dallo Statuto sociale, dai regolamenti interni e dalle deliberazioni validamente assunte dagli organi sociali, obbligandosi a versare nei termini stabiliti, la quota sociale di euro 10,00 (dieci/00). Eleggendo, infine, proprio domicilio presso il proprio indirizzo e-mail sopra annotato per tutti gli effetti derivanti dalla qualità di socio e dalle operazioni associative.

Con la presente si autorizza l'associazione **World Health Academy of Dermatology and Pediatrics** società in indirizzo al trattamento dei propri dati personali, anche attraverso soggetti e società collegate a fini amministrativo contabile, ai sensi del Dlgs. N. 196/2003, e del Regolamento UE n. 2016/679, (loro success. integr. e modificaz.)

Luogo, ____/____/____

Firma _____

Inviare a: whadandp@gmail.com