



**ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA di IDROCLIMATOLOGIA TALASSOLOGIA e TERAPIA FISICA**

Ente scientifico no profit costituito nel 1888, per la formazione continua studio e ricerca in terapia termale, talassoterapia e bioclimatoterapia

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Il/la Sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Laureato/a in Medicina e Chirurgia all'Università di \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Ordine dei medici ed Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_

In possesso delle seguenti specializzazioni e/o master universitari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Attuale occupazione principale \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AD AMIITTF A PARTIRE DALL'ANNO \_\_\_\_\_**

Consapevole che quanto riportato vale come autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2009 n 445. Nel contempo dichiara di aver versato la quota associativa annuale di euro 50 sul c/c dell'associazione , codice iban : **IT67P0306909606100000070443**

**Il presente documento debitamente compilato e firmato deve essere inviato al seguente indirizzo mail: [webmail@amittf.it](mailto:webmail@amittf.it)**

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, inseriti in questa domanda, ai sensi der Dlgs 196 del 30/06/2003 integrato con le modifiche del Dlgs 101/2018 e dell'art 13 del GDPR

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_