



SOCIETA' ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE
SEZIONE REGIONE CALABRIA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Consiglio direttivo
della "SIRP CALABRIA"

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

E residente in _____ via _____ N. _____

tel. _____ cell. _____

Indirizzo mail _____ Ente presso cui lavora _____

Qualifica _____

CHIEDE DI

essere iscritto

rinnovare iscrizione

alla SIRP Calabria e nel contempo dichiara di condividere gli scopi della Società, esprime l'intenzione di partecipare alle sue attività e di accettare lo Statuto e le direttive degli organi competenti.

Allega ricevuta di versamento di euro 35 su IBAN IT66J0538704400000003152735 (BPER CZ) intestato a SOCIETA' ITALIANA di RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE SEZIONE REGIONE CALABRIA

Ai sensi della legge 196/2003 autorizzo il trattamento dei propri dati personali. Gli stessi saranno utilizzati ai soli fini promozionali in relazione alle attività dell'Ass.ne SIRP Calabria. Potrà, in qualsiasi momento, inviare aggiornamenti o richiedere l'eventuale cancellazione tramite comunicazione scritta alla Società Scientifica SIRP SEZ. CALABRIA via Tommaso Campanella, c/o U.O. Psichiatria, A.O.U. " Mater Domini ", 88100 Catanzaro

SI NO

Luogo e data,

FIRMA
