



# AFMEL

## Associazione Felsinea di Medicina Legale

### Domanda d'iscrizione all'Associazione Felsinea di Medicina Legale

(Per medici non specialisti in Medicina Legale – ai sensi dell'Art. 4, comma 3 dello Statuto)

Nome \* \_\_\_\_\_

Cognome \* \_\_\_\_\_

Luogo e data di Nascita \* \_\_\_\_\_

C.F.\* \_\_\_\_\_

Indirizzo \* \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \* \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Curriculum Breve \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (leggibile, oppure in allegato alla domanda)

- Socio Ordinario – anno \_\_\_\_\_ (€ 100,00)<sup>1</sup>  
 iscrizione alla mailing-list dell'Associazione

Firme leggibili dei Soci Presentatori

Nomi in stampatello dei Soci Presentatori

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* campi obbligatori

<sup>1</sup> La quota di iscrizione dovrà essere pagata dopo aver ricevuto comunicazione dell'accettazione della domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\* Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003