



Al Presidente della Società MeLCo

Al Segretario Amministrativo della Società MeLCo

Il sottoscritto Prof./Dott. nato a prov.
il....., residente a Prov. in Via n.
C.F.: Tel. Cell.
e-mail: P.E.C.:
(scrivere in stampatello) *(scrivere in stampatello)*

<input type="checkbox"/> Medico specialista in	<input type="checkbox"/> Avvocato
<input type="checkbox"/> Medico Specializzando in	<input type="checkbox"/> Criminologo o psicologo con indirizzo forense
<input type="checkbox"/> Medico militare o della Polizia di Stato	<input type="checkbox"/> Risk Manager
<input type="checkbox"/> Direttore Generale di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Direttore Sanitario di Struttura Sanitaria
<input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Componente del Consiglio degli Ordini dei Medici e del Collegio degli Infermieri
<input type="checkbox"/> Docente universitario nella disciplina presso	<input type="checkbox"/> Esercente professione sanitario-forense (infermiere, ecc.)
<input type="checkbox"/> Ingegnere operante in ambito sanitario	<input type="checkbox"/> Socio Sostenitore

CHIEDE

di essere iscritto quale Socio Ordinario alla MeLCo (Società Medicina Legale Contemporanea), dichiarando di aver letto ed accettato le disposizioni dello Statuto.

Allega:

- quota di iscrizione (solo per il Socio Ordinario) per l'anno 2020 di € 10,00 (dieci/00);
- curriculum formativo e professionale;
- quota di iscrizione (solo per il Socio Sostenitore) per l'anno 2020 di € (...../00)
(contributo volontario con un minimo del 50% della quota)

Il pagamento della quota associativa è da effettuare a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato alla MeLCO presso Banca Intesa San Paolo - Private Banking filiale di Milano, con **IBAN: IT91 X032 3901 6001 0000 0191 275**.

La presente scheda di iscrizione con la ricevuta del bonifico bancario devono essere trasmesse tramite e-mail al seguente indirizzo: info@melco.it

Privacy

In relazione all' informativa fornita ai sensi dell' art 13 D.lgs. n.196/2003 si prende atto che con la sottoscrizione del presente modulo i dati personali riguardanti i tesserati verranno trattati dagli incaricati della Società Italiana Medicina Legale. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati necessario all'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali della Società, ivi compreso l'inserimento dei dati personali all'interno del sito della Società.

- Ho preso visione della nota informativa ed esprimo il mio consenso.

Firma

....., li
