

**ISCRIZIONE AL COORDINAMENTO NAZIONALE CAPOSALA-COORDINATORI**  
**Abilitati alle Funzioni Direttive dell'Assistenza Infermieristica - Master in Management per le Funzioni di Coordinamento**  
**Associazione tecnico-scientifica**

**Motivazioni:** L'iscrizione al Coordinamento è ritenuta indispensabile per un duplice motivo

Per l'importanza della consistenza numerica che, oltre ad esprimere l'assenso dell'iscritto, dà maggiore incisività alla nostra associazione;

Per il sostegno economico, che si fa col tempo sempre più necessario.

La quota di iscrizione per l'anno **2024** è di € **35,00**. La tessera di iscrizione, vistata dal Presidente Nazionale, verrà inviata successivamente e confermerà l'avvenuta iscrizione. Chi non la ricevesse è pregato di segnalarlo.

**DESIDERO ESSERE ISCRITTO AL COORDINAMENTO NAZIONALE CAPOSALA-COORDINATORI**  
**per l'anno 2024 - Inviata la quota di iscrizione di € 35,00 tramite:**

- Regione: \_\_\_\_\_ - Bonifico bancario IBAN: \_\_\_\_\_ intestato a  
"Coordinamento Nazionale Caposala" - Con la seguente causale: *iscrizione anno 2024 a CNC nazionale*
- Consegnata la quota ai responsabili aziendali CNC

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**MODULO D'ISCRIZIONE (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Titolo di INFERMIERE** SI  NO  Conseguito il \_\_\_\_\_ Univ/Scuola \_\_\_\_\_

Master in Management – Decr. Minist. n° 509/99 SI  NO  Conseguito il \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_

Abilitazione alle funzioni direttive SI  NO  Conseguito il \_\_\_\_\_ Scuola di \_\_\_\_\_

Altri Titoli o Specializzazioni \_\_\_\_\_

Caposala/Coordinatore incaricato dal \_\_\_\_\_ di ruolo dal \_\_\_\_\_

**Sede di lavoro:** Unità Operativa/Servizio \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Azienda USL/Osp. N° \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Pensionata/o** NO  SI  **Nuovo iscritto**  **Rinnovo**

**INFORMATIVA EX ART.10 LEGGE 675/96 – TUTELA DATI PERSONALI**

In base alla legge m.675/1996, che tutela il diritto alla riservatezza rispetto al trattamento dei dati personali, la informiamo che i suoi dati potranno essere da noi utilizzati per le seguenti finalità: - informarla sull'attività del CNC; - inviarle programmi e inviti di convegni e iniziative varie; - inviarle il Foglio Notizie del CNC.

I dati da lei forniti saranno da noi trattati con modalità tali da garantire la sicurezza e la riservatezza; in particolare, il suo indirizzo potrà essere comunicato a soggetti terzi, il cui elenco è a disposizione presso la sede dell'Associazione esclusivamente per la diffusione di stampa periodica specializzata.

La informiamo che in relazione al trattamento dei suoi dati personali può esercitare i diritti previsti dall'art.13 della legge citata e che, in particolare, può opporsi all'utilizzo degli stessi per le finalità sopraindicate dandone comunicazione al CNC presso l'indirizzo della sede.

*Il Presidente CNC*

Preso atto dell'informativa di cui sopra, dichiaro il mio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità specificate.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Inviare questo modulo d'iscrizione e copia del bonifico bancario tramite *email* a:**