

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL VI CORSO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO IN AEROBIOLOGIA ORGANIZZATO DA ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA (AIA)**

Il/la sottoscritto/a\* \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Anagrafica del destinatario delle fatture (se diverso dal titolare dell'iscrizione)

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Informa inoltre, di aver versato la quota di iscrizione di:  € 300,00 più IVA se dovuta, a mezzo di:

✓  **BONIFICO BANCARIO** intestato a: Associazione Italiana di Aerobiologia c/o Cassa CR Firenze  
– Ag. Sede Via Bufalini, 4 – 50122 Firenze; IBAN IT66L0616002800000113159C00;  
*Inserire quale causale: Nome/Cognome – Quota iscrizione VI Corso di Aerobiologia 2013*

✓  **BOLLETTINO POSTALE** - c/c 77906675 intestato ad Associazione Italiana Aerobiologia  
*Inserire quale causale: Nome/Cognome – Quota iscrizione VI Corso di Aerobiologia 2013*

Effettuato in data \_\_\_\_\_

In caso di rinuncia la quota sarà restituita detratto il 20%.

Data .....

Firma .....

N.B. Il presente modulo va compilato in ogni sua parte e inviato indipendentemente dalla forma di pagamento scelta:

→ via e-mail come allegato a: info@ilpolline

→ via fax verde al n. 800910315 Associazione Italiana di Aerobiologia

**PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)**

*Si informa che i dati forniti saranno tenuti rigorosamente riservati e verranno utilizzati unicamente dall'Associazione per dar corso alla richiesta di adesione e agli adempimenti di legge correlati. I dati saranno utilizzati anche per comunicazioni sociali, per informare gli iscritti al corso su iniziative relative alle finalità dell'Associazione ed attività ad essa connesse. Le informazioni di cui sopra saranno messe a disposizione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina. I dati resteranno a disposizione per esercitare tutti i diritti previsti dell'art. 7 del citato decreto legislativo. Per nessun motivo tali dati verranno divulgati a terzi senza il necessario consenso. Titolare del trattamento dei dati raccolti è Titolare del trattamento è A.I.A.*

**Autorizzo al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate:**

**Firma** \_\_\_\_\_

Per informazioni contattare la segreteria Tecnica al numero 3346383437 o scrivere a info@ilpolline.it.