



**Al Presidente S.I.F.E.L.
Al Segretario-Tesoriere**

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____
Abitante in _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ C.F. _____
E-mail _____

Laureato in: _____ presso l'Università di _____

Diploma di Specializzazione in _____

Cultore della Foniatria e/o Logopedia c/o l'Università di _____

Tessera Ordine dei Medici n. _____

Attività svolte (indicare in ordine cronologico i posti ricoperti presso Cliniche ed Ospedali) _____

Rivolge domanda di iscrizione alla S.I.F.E.L

Data _____ li, _____ Firma _____

Il sottoscritto (scrivere in stampatello) _____
autorizza la Società Italiana di Foniatria e Logopedia al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03.

Acconsento Non acconsento al trattamento dei miei dati personali individuali e dettagliati, per comunicazione e/o invio di materiale pubblicitario ed informazioni commerciali di soggetti terzi, con modalità automatizzate di contatto (come sms, mms, fax, fonie, e-mail ed applicazioni web) e tradizionali.

Acconsento Non acconsento alla pubblicazione dei miei dati personali nella sezione Cerca il tuo Consulente del sito: www.sifel.it

SOCIO PRESENTATORE:

1) _____ Firma _____

Data _____, li _____ Firma _____