



# ANIS

Associazione Nazionale Ispettori Sanitari

## Richiesta di iscrizione/rinnovo 2024

Quota associativa annuale € 25,00

Modalità di pagamento:

- Conto corrente: Banco Posta n° 001070626864 intestato a **Associazione Nazionale Ispettori Sanitari**
- Bonifico: Codice IBAN – IT69 Q0760114900001070626864 (BancoPosta) intestato a **Associazione Nazionale Ispettori Sanitari**

**Compilare in modo chiaro e spedire via e-mail, insieme all'attestazione di versamento, all'indirizzo: [info@ispettorisanitari.it](mailto:info@ispettorisanitari.it)**

### DATI PERSONALI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ QUALIFICA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### LAVORO

DENOMINAZIONE UFFICIO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei dati personali nella misura necessaria al conseguimento degli scopi statutari in base al D. Lgs. 196/2003, integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 101/2018, e all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE