



MODULO DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

- Professore ordinario o straordinario
 Ricercatore a tempo _____
- Professore associato
 Assistente universitario

CHIEDE

di essere iscritto al "COLMED", in ottemperanza a quanto previsto dalle norme dello Statuto, approvato dall'Assemblea del 27 ottobre 2014.

Il/la sottoscritto/a fornisce inoltre le seguenti informazioni, che saranno trattate dalla Giunta Esecutiva nel più rigoroso rispetto della legge sulla privacy (Decreto leg.vo 196/2003) e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679, l'informativa completa è disponibile sul sito www.colmed.it all'indirizzo <https://www.colmed.it/informativa-privacy/>

Indirizzo completo di lavoro: _____

Telefono/i di lavoro: ____/____/____; Fax ____/____

Cellulare: ____/____; Email _____

Indirizzo privato: _____

CAP _____ Città _____

Consapevole di quanto previsto dallo Statuto e dal Codice Etico, il/la sottoscritto/a versa la propria quota associativa, che per il 2023 è la seguente:

- Professori Ordinari e Straordinari Euro 70,00
- Professori Associati Euro 60,00
- Ricercatori ed Assistenti Universitari Euro 50,00

Effettuo il versamento:

- con bonifico bancario codice IBAN IT 43 H 02008 05227 000011589138 intestato al COLMED/09 presso la Unicredit Agenzia 153 – Università Sapienza Roma
 sul conto corrente postale n. 61768453 intestato a Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED-09 codice IBAN IT 20 J 07601 03200 000061768453
 carta di credito: American Express Visa/MasterCard/CartaSi/EuroCard

n. | | | | | | | | | | | | | | | | | | scadenza | | | | | CVV2 | | | | |

intestata a:

FIRMA DEL DOCENTE _____ DATA ____/____/____

Da compilare e restituire per posta al COLMED c/o SIMI Viale dell'Università 25 – 00185 Roma via e-mail a segreteria@colmed.it