



## MODULO DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

### in qualità di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professore ordinario o straordinario | <input type="checkbox"/> Professore associato     |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore a tempo _____            | <input type="checkbox"/> 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](https://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 2025 è la seguente:**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| - Professori Ordinari e Straordinari     | <input type="checkbox"/> Euro 75,00 |
| - Professori Associati                   | <input type="checkbox"/> Euro 65,00 |
| - Ricercatori ed Assistenti Universitari | <input type="checkbox"/> Euro 55,00 |

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](mailto:segreteria@colmed.it)