

Richiesta di associazione alla SIDAPA

Io sottoscritto	
Cognome	Nome
Luogo e data di nascita	Codice fiscale
Indirizzo	Città e CAP Provincia
Telefono Fax	E-mail
Laureato in	Specialista in
Specializzando in	Qualifica professionale
Struttura/ente di appartenenza	
1° socio referente	2° socio referente
presa visione degli obiettivi della Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale (SIDAPA) riportati in statuto, dichiaro di accettarli e	
CHIEDO	
di divenirne socio.	
Data	Firma
Io sottoscritto autorizzo a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali per i fini propri della SIDAPA nei limiti consentiti dalle leggi vigenti (L. 675 del 31.12.96 e successive modifiche ed integrazioni).	
Data	Firma