



Società italiana di Psico-Oncologia

Regione di appartenenza

COGNOME

NOME

INDIRIZZO PRIVATO

VIA / PIAZZA

N°

CITTA'

CAP

PROV.

TELEFONO *

FAX *

INDIRIZZO LAVORO

ENTE

DIVISIONE

VIA / PIAZZA

N°

CITTA'

CAP

PROV.

TELEFONO *

FAX *

INDIRIZZO E-MAIL *

PERCORSO FORMATIVO

DATA DI NASCITA *

TITOLO DI STUDIO *

CONSEGUITO IL *

PRESSO *

EVENTUALE SCUOLA DI SPECIALITA' E/O CORSO DI PERFEZIONAMENTO *

CONSEGUITO IL *

PRESSO *

Indicare l'indirizzo a cui si preferisce ricevere la posta della Società:

PRIVATO

LAVORO

SOCI PRESENTATORI:

1) _____ FIRMA _____

2) _____ FIRMA _____

SI PREGA DI ALLEGARE IL PROPRIO CURRICULUM VITAE



Società italiana di Psico-Oncologia

PROFESSIONE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psicologo | <input type="checkbox"/> Oncologo |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta | <input type="checkbox"/> Medico non oncologo (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Psichiatra | <input type="checkbox"/> Infermiere |
| <input type="checkbox"/> Assistente | <input type="checkbox"/> Volontario |
| <input type="checkbox"/> Tecnico | <input type="checkbox"/> Fisioterapista |
| <input type="checkbox"/> Studente (specificare) | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |

AMBITO LAVORATIVO

- Ospedale / Territorio (specificare il ruolo ricoperto)
- Struttura Privata (specificare il ruolo ricoperto)
- Associazione di Volontariato (specificare il ruolo ricoperto)
- Libero Professionista (specificare il ruolo ricoperto)
- Istituto di Ricerca / Istituto Universitario (specificare il ruolo ricoperto)
- Altro (specificare il ruolo ricoperto)

Nel caso si ricoprano più incarichi in ambito oncologico è possibile contrassegnare più voci

Legge Privacy. I dati con asterisco (*) servono per l'iscrizione. Ai sensi del D.lgl. 196/2003 il loro conferimento è facoltativo, ma la loro mancanza potrebbe impedire la regolare effettuazione dei servizi offerti al Socio.

I dati senza asterisco servono agli adempimenti amministrativi e fiscali e il loro conferimento è obbligatorio per la Sua iscrizione. Tutti i dati rilasciati verranno raccolti e trattati (in modalità manuale ed informatica) nel rispetto del D.lgs. 196/03 anche per l'eventuale invio di materiale informativo e/o promozionale. I dati non verranno diffusi a soggetti esterni ad eccezione di istituti bancari, società di recapito di corrispondenza, aziende da noi incaricate per la gestione dei servizi. E' suo diritto chiedere l'aggiornamento o la cancellazione dei suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento, **SIPO** c/o Avenue Media, Via Riva Reno 61 - 40122 Bologna – segreteria@avenuemedia.it. Può trovare il testo integrale della legge, che comprende l'enunciazione di tutti suoi diritti sul sito www.avenuemedia.it (Legge Privacy).

In base all'art. 130 (D.lgs.n.196/03), la legge impone di ricevere il consenso dell'interessato prima di inviare informazioni di tipo commerciale via e-mail, telefax, sms. Il consenso è facoltativo ma la mancanza può compromettere il normale svolgimento del nostro servizio. A tal fine Le chiediamo di sottoscrivere il consenso sotto riportato

Data ____ / ____ / ____

Firma _____



Società italiana di Psico-Oncologia

La quota di iscrizione è di **Euro 55,00 annui**

E' possibile effettuare il pagamento della quota scegliendo una delle seguenti modalità:

BONIFICO BANCARIO

Cassa di Risparmio di Ferrara – Agenzia 6

ABI: 06155

CAB: 13006

IBAN: IT42V

c/c n° 8520 intestato a SIPO – Società Italiana di Psico Oncologia

VERSAMENTO SU CONTO CORRENTE POSTALE

n° conto 53609301 intestato a SIPO - Società Italiana di Psico Oncologia

CON CARTA DI CREDITO

collegandosi al Sito Internet www.avenuemedia.it e seguendo le indicazioni riportate.

Indicare sempre nella **CAUSALE**:

Iscrizione SIPO anno _____ (specificare)

Regione di appartenenza _____ (specificare)

La domanda di iscrizione va inviata alla Segreteria Operativa della SIPO

c/o Avenue Media

Via Riva Reno 61

40122 Bologna

Tel 051 6564311 – Fax 051 6564350

e-mail: segreteria@avenuemedia.it