



## FEDERAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI

**PRIMA ISCRIZIONE**                       **RINNOVO TESSERA N°** .....

Il sottoscritto..... chiede di essere ammesso alla F.I.F. in qualità di:

- socio aderente (€ 50,00)                       socio ordinario (€ 50,00)  
 socio certificato (€ 100,00)                       socio professionista (€ 250,00)

per l'anno .....

Dichiara sotto la propria responsabilità di non avere precedenti penali e di essere realmente in possesso di tutti i requisiti necessari per l'iscrizione.

COGNOME..... NOME.....

LUOGO DI NASCITA..... DATA.....

CITTA' DI RESIDENZA ..... PROV .....CAP .....

VIA/PIAZZA .....N. ....

INDIRIZZO LAVORO.....

TEL. DOMICILIO.....TEL. LAVORO ..... FAX .....

TEL. CELLULARE..... E-MAIL.....

TITOLO PROFESSIONALE .....

ISTITUTO C/O IL QUALE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO E ANNO DEL CONSEGUIMENTO

..... ANNO.....

**Per completare l'iscrizione inviare la seguente documentazione:**

- **Fotocopia del titolo professionale**
- **Ricevuta del versamento della quota associativa annuale tramite bonifico bancario**  
**IBAN: IT61B083270322200000005323**
- **Due foto formato tessera**

La FIF raccoglierà i dati contenuti in questo modulo ed essi saranno sottoposti ad operazione di trattamento automatizzato, elaborazione, utilizzo, cancellazione e conservazione per l'invio del materiale informativo sulle attività della FIF e dei suoi partners. La sua adesione è naturalmente facoltativa e non produce conseguenze l'eventuale non adesione. I suoi dati personali saranno trattati esclusivamente dalla FIF e non saranno in nessun caso ceduti a terzi né oggetto di comunicazione, né di diffusione né di trasferimento all'estero. Lei gode di specifici diritti (art. 13) tra cui quello di far rettificare eventuali errori o di chiedere di essere escluso da ogni comunicazione, scrivendo all'Ufficio di Presidenza FIF – Via San Godenzo, 101 – 00189 Roma.

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_