



SOCIETA' ITALIANA DI CURE PALLIATIVE

Via Nino Bonnet 2 - 20154 Milano
Tel. 02 29002975 – 02 62611137
Fax 02 62611140

sicpmail@tin.it www.sicp.it

RICHIESTA DI ADESIONE ALLA SOCIETA' ITALIANA DI CURE PALLIATIVE – SICP ONLUS

Il/la sottoscritto/a Cognome.....Nome.....

chiede

di entrare a far parte della Società Italiana di Cure Palliative, dichiara di condividere le finalità che l'associazione si propone e l'impegno di approvare e osservare lo statuto ed i regolamenti.

Data.....Firma.....

Nominativi di due Soci SICP che presentano il richiedente:

1).....

(Nome e Cognome in stampatello) (N°Tessera) (Firma)

2).....

(Nome e Cognome in stampatello) (N°Tessera) (Firma)

Dallo Statuto SICP consultabile sul sito www.sicp.it : “ ... la domanda deve essere corredata della firma di presentazione di due soci ordinari. Spetta al Consiglio Direttivo, entro 120 giorni, la valutazione e l'eventuale accettazione delle domande pervenute. Allo scadere dei 120 giorni, in mancanza di un accoglimento da parte del Consiglio Direttivo, vale la regola del silenzio - assenso e pertanto la domanda è da ritenersi accolta”.

Dati identificativi del richiedente :

Indirizzo privato – Via.....Cap.....

Città.....Tel.....Cellulare.....

E-mail.....Qualifica.....

Ente di appartenenza.....

Via.....Cap.....Città.....Tel.....

Attività svolte nelle Cure Palliative:.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.LGS 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente (liceità, trasparenza e correttezza) in forma anche automatizzata per quanto concerne la vita associativa della Società Italiana di Cure Palliative. Dichiara altresì di concedere il proprio consenso al trattamento degli stessi.

CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 11 LEGGE 675/96 e successive modifiche

Letta la presente nota informativa, esprimo il mio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e ai correlati trattamenti ai soggetti che svolgono le attività indicate nella stessa informativa. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso la registrazione non potrà essere eseguita.

Accetto Non accetto Firma.....

Consiglio Direttivo: **Presidente** Giovanni Zaninetta **Vice Presidente** Danila Valenti **Segretario** Micaela Lo Russo **Tesoriere** Raffaella Speranza **Consiglieri** Antonio Conversano, Francesca Crippa Floriani, Vittorio Donato, Chiara Mastroianni, Gianvito Romanelli, Gianlorenzo Scaccabarozzi **Past President** Furio Zucco