



Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione

Richiesta iscrizione

Presidente

Donatella Ballardini

Vicepresidente

Hellas Cena

Segretario Nazionale

Domenico Centofanti

Consiglieri

Rachele De Giuseppe

Giovanni Gravina

Massimo Labate

Graziella Raiteri

Roberta Roggeri

Romana Schumann

Rossella Stucchi

Franco Tomasi

Roberto Vergani

Referenti Regionali

Bellomo Gabriele (Piemonte)

Labate Massimo (Liguria)

Genoni Paolo (Lombardia)

Vanzo Angiola (Veneto)

Pizzinini Michele (Trentino)

Tesone Antonella (Alto Adige)

Sbisa' Paola (Friuli Venezia Giulia)

Tomasi Franco (Emilia Romagna)

Montomoli Marcello (Toscana)

Sirianni Giulio (Lazio)

Centofanti Domenico (Abruzzo)

Vitolo Claudio (Campania)

Ferriero Anna Maria (Molise)

Messina Giovanni (Puglia)

Calbi Pasquale (Basilicata)

Cardamone Nicola (Calabria)

Sotgiu Nicoletta (Sardegna)

Sede Sociale : Vi a Hermada 15, 20162 Milano – Telefono e Fax 02.6436788
e-mail : ansisasegreteria@libero.it sito web : www.ansisa.it
Registrazione Tribunale di Monza 13 giugno 1991
Riconoscimento Giuridico D.P.R. 10.02.2000 n. 561 Gazz. Uff. N.286 del 7/12/2000

Modulo di iscrizione

Il sottoscritto Dr _____ nato il ____/____/____

DICHIARA DI:

di aver conseguito il Titolo di Laurea in _____ il ____/____/____

c/o l'Università di _____ con votazione: _____

di aver conseguito la Specializzazione in _____ il ____/____/____

c/o l'Università di _____ con votazione _____

di frequentare il _____ anno della Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione

c/o l'Università di _____

Altri titoli accademici _____

CHIEDE:

A di essere iscritto per la prima volta all'A.N.S.i.S.A. **nell'AREA MEDICA** (qualifica riservata ai soli laureati in Medicina e Chirurgia).

B di essere iscritto per la prima volta all'A.N.S.i.S.A. **nell'AREA NON MEDICA** (qualifica riservata ai laureati in branche affini alla nutrizione clinica o psicologia)

L'accettazione delle domande è in tutti i casi subordinata alla decisione del Consiglio Direttivo che ne darà immediata conferma al richiedente .

Inoltre in piena coscienza accetta e sottoscrive il Codice Deontologico allegato riconoscendone gli oneri e gli impegni contenuti.

Data _____ in fede _____

Documentazione richiesta

- Modulo d'iscrizione compilato in ogni sua parte da inviare alla segreteria ANSiSA a mezzo fax, e-mail o posta.
- 1 foto tessera.
- Curriculum Vitae e copia, anche fotostatica, del certificato di laurea o sostitutivo.
- Soci specializzandi in scienza dell'alimentazione: certificato attestante regolare iscrizione al corso di specialità o autocertificazione. **La documentazione dovrà essere fornita obbligatoriamente ad ogni rinnovo annuale.**

Quota associativa

Soci Area Medica e Area non Medica : quota associativa € 75 (per l'anno solare in corso) da versarsi a mezzo:

c/c postale n. 35703206 intestato ad A.N.S.I.S.A. , Via Hermada 15, 20162 Milano

c/c bancario ASSOCIAZIONE NAZIONALE SPECIALISTI IN SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE c/c Banca Prossima - MILANO IBAN IT02 E033 5901 6001 0000 0119 631

Specializzandi: la quota non è dovuta dagli Specializzandi in Scienza dell'Alimentazione

Rinnovo Iscrizione per i soli Soci Paganti: La quota dovrà versata entro il mese di febbraio a sostegno delle attività associative relative all'anno di riferimento.

N.B. Le eventuali dimissioni dall' Associazione dovranno pervenire alla Sede Sociale entro l'anno solare. In caso contrario l'adesione si intende automaticamente rinnovata per l'anno successivo.

Firma per accettazione _____

SI PREGA DI COMUNICARE OGNI VARIAZIONE AI DATI FORNITI

SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

A residente _____ Via _____

Provincia _____ CAP _____ Tel _____ Fax _____

B indirizzo studio/reparto _____ Via _____

Provincia _____ CAP _____ Tel _____ Fax _____

C indirizzo studio/reparto _____ Via _____

Provincia _____ CAP _____ Tel _____ Fax _____

D e_mail (**Obbligatoria per l'iscrizione**) _____ Sito web: _____

Chiedo che la corrispondenza venga recapitata via mail al seguente indirizzo : _____

Inviare corrispondenza postale all'indirizzo **A o B o C**

Codice Fiscale _____ P.Iva _____

Attività prevalente : (1) Libera professione (2) Medicina di Base (3) Ospedaliero

(4) Specialista convenzionato SSN (5) Altro _____

SITO ANSISA : RICHIESTA PUBBLICAZIONE SCHEDA PERSONALE

Il sottoscritto _____ chiede la pubblicazione della propria scheda personale nell'area pubblica del sito www.ANSISA.it

Dichiara la veridicità dei dati di seguito riportati impegnandosi a comunicarne eventuali modifiche alla Segreteria ANSISA .

Cognome e Nome : _____

Indirizzo Studio e/o Reparto : _____

Telefono di reperibilità : _____ E mail : _____

Sito Web : _____

Titolo di Laurea : _____

Specializzazioni : _____

Altri tiolo accademici _____

Richiede la pubblicazione della propria foto [SI] (da inviare per mail) [NO]

Richiede la pubblicazione del C. V. [SI] (da inviare per mail) [NO]

I dati forniti verranno inseriti nella nostra banca dati, registrati su supporti informatici protetti, trattati, oltre che per la pubblicazione della scheda in oggetto, per indagini statistiche, comunicazioni su attività associative. Lei avrà diritto, ai sensi dell'articolo 13 della legge 675/96, di ottenere l'accesso alla banca dati.

Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è A.N.S.i.S.A., via Hermada,15, 20162 Milano.

Sottoscrivendo il presente modulo Lei manifesta il Suo consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità sopra descritte.

Data _____

Firma dell'interessato _____

