**Domanda di ammissione come Socio ordinario al**

**Collegio dei Docenti di Istologia ed Embriologia Umana**

**Il/La sottoscritto/a:**

(Prof./Dott./Sig.) (Cognome) (Nome)

**Nato a:**

(Città-Nazione) (gg/mm/aa)

**Codice Fiscale** ............................................................................................................................

**Titolo di Studio**

(Laurea, PhD, Specializzazione)

**Qualifica professionale:**

(PO,PA, RTT, Rtdb, Rtda, altro)

**Luogo di lavoro:**

(Dipartimento/Istituto)

**Indirizzo:**

(Città-Nazione) (Via) (codice postale)

(Tel.) (E-Mail)

chiede di essere ammesso come Socio ordinario al Collegio dei Docenti di Istologia ed Embriologia Umana. Autorizza il Collegio al trattamento dei propri dati personali per il mantenimento dei rapporti con il sottoscritto e per l’assolvimento dei compiti statutari; è consapevole che di questo trattamento il Collegio è titolare ed il Segretario e Tesoriere pro-tempore è il responsabile e che valgono i diritti previsti dall’art. 13 della Legge 675/1996.

Il Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Scrivere i dati personali in stampatello**