



**U
C
F
I**

UNIONE CATTOLICA FARMACISTI ITALIANI

MODELLO DATI DELL'ASSOCIATO

DATI PERSONALI

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Comune di Nascita e Provincia	

INDIRIZZO

Via/Piazza e numero civico	
CAP e Comune	

RECAPITO PER INVIO MATERIALE INFORMATIVO

Via/Piazza e numero civico	
CAP e Comune	

CONTATTI

Telefono e fax	
E-mail	

TITOLO DI STUDIO – ATTIVITA' PROFESSIONALE (se occupato)

Laurea	<input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Chimica e Tecnologie Farmaceutiche
Status occupativo	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato
Attività professionale svolta in	<input type="checkbox"/> Farmacia privata <input type="checkbox"/> Farmacia comunale <input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera <input type="checkbox"/> ASP <input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Ministero <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Industria e distribuzione <input type="checkbox"/> Altro _____

INFORMAZIONE AGGIUNTIVA

Membro della seguente Associazione Cattolica	
--	--

Data _____

Firma _____

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni di cui al decreto legislativo 196 del 30 giugno 2003

DICHIARA

Ai sensi del D.lgs. 196 del 2003, di prestare liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati personali per tutte le operazioni previste dall'attività dell'Unione Cattolica Farmacisti Italiani (UCFI) in seno ai disposti legislativi e statutari.

Data _____

Firma _____

Cortesemente compilare in stampatello