



Associazione Italiana per la Psicologia Clinica e la Psicoterapia

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE

Il/ la sottoscritto/a _____

Nato/a. (inclusa eventuale Prov.) _____ il ___/___/___

Residente in (incluso CAP) _____

Via/C.so/P.zza _____

Codice Fiscale _____ Tel _____ Fax _____

E-mail _____

in possesso del diploma di laurea in _____

Conseguito il ___/___/___ Presso _____

Iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della regione _____ N.° _____

Iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____ N° _____

Iscritto negli elenchi degli psicoterapeuti sì no

Studente Tirocinante Specializzando

Libero professionista/ Convenzionato/a sì no

Dipendente privato sì no

Dipendente pubblico sì no

Servizio _____

Indirizzo professionale Via/C.so/P.zza _____

CAP _____ Città _____ (_____)

Chiede

L'iscrizione all' A.I.P.C.P. come socio ordinario sostenitore, dichiarando di accettarne lo Statuto e allegando la ricevuta del versamento della quota di iscrizione annuale effettuato sul c/c postale n. 68829548 intestato a : Associazione Italiana per la Psicologia Clinica e la Psicoterapia.

Data

Firma

___/___/___

Modulo di consenso al trattamento dei dati

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione Italiana per la Psicologia Clinica e la Psicoterapia ad inserire i propri dati nei suoi archivi per l'invio di materiale informativo relativo alle iniziative in programma e per la gestione della vita dell'Associazione.

In specifico il /la sottoscritto/a.....

consente **non consente** l'inserimento del suo nome all'interno del sito Web della Società

consente **non consente** l'inserimento del suo indirizzo di posta elettronica all'interno del sito Web della Società

consente **non consente** che il suo nominativo venga conosciuto dai soci di altre Sezioni della Società

consente **non consente** che il suo indirizzo di posta elettronica venga conosciuto dai soci della Sezione di appartenenza

consente **non consente** che il suo indirizzo di posta elettronica venga conosciuto dai soci delle altre Sezioni della Società

In ogni momento, a norma dell'art 13 Legge 675/96, potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione, oppure opporsi gratuitamente al loro utilizzo scrivendo a:

D.ssa Gioia Gorla- Presidente AIPCP- Via del Romito, 6 50134 Firenze- oppure inviando un fax al n. 055 471840 oppure scrivendo un e-mail a info@aipcp.it

FIRMA