

## Tesseramento anno 2023

**SCHEDA DI ADESIONE**  
**Nuovo associato under 40**

### DATI PERSONALI

Tutti i campi sono obbligatori. Si prega di scrivere in stampatello.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

**Indirizzo lavoro** Via \_\_\_\_\_ n. Civico \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

E-mail lavoro \_\_\_\_\_

**Indirizzo privato** Via \_\_\_\_\_ n. Civico \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDO

di aderire alla Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale COMLAS per l'anno in corso in qualità di socio ordinario e mi impegno al pagamento della quota associativa (COMLAS si riserva di comunicare il rigetto della domanda e provvedere contestualmente al rimborso della quota eventualmente versata).

**PAGAMENTO DELLA QUOTA €50,00**

**ABBONAMENTO ANNUALE ALLA RIVISTA "DECIDERE IN MEDICINA" €40,00**

Specificare il proprio ruolo:  **MEDICO LEGALE:**  A RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE CON S.S.N.

IN SERVIZIO C/O STRUTT. MEDICO LEGALI CONVENZIONATE S.S.N. DI VARIA TIPOLOGIA  DIPENDENTE  CONVENZIONATO

IN SERVIZIO O IN CONVENZIONE C/O:  STRUTTURA MEDICO LEGALE  STRUTTURA DI GESIONE RISK MANAGEMENT  
 ALTRA TIPOLOGIA (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**MED. LEG. EX S.S.N.  
IN QUIESCENZA**

**MED. LEG. LIBERO  
PROFESSIONISTA**

**ASSISTENTE IN FORMAZIONE PRESSO**

Ho effettuato **BONIFICO BANCARIO / VERSAMENTO POSTALE** su C.C.P. a favore di "Società Scientifica COMLAS" su conto corrente postale n. 001020713069  
ABI 07601 - CAB 10200 - IBAN: IT19F0760110200001020713069  
CAUSALE "Quota associativa 2023".  
N.B. (Per versamento postale utilizzare solo il n. di conto. Per bonifico utilizzare anche ABI, CAB, IBAN).

Autorizzo Publiedit s.a.s., in qualità di Tesoreria Nazionale del COMLAS ad addebitare l'importo sulla mia **CARTA di CREDITO:**  
 Visa  CartaSI  MasterCard Mese / Anno \_\_\_\_\_  
Carta n. \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_  
**Allegare la fotocopia del documento di identità.**

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA ALLA E-MAIL DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA COMLAS: [info@comlas.org](mailto:info@comlas.org)

Infoline 017167224 - e-mail: [info@comlas.org](mailto:info@comlas.org) - sito internet: [www.comlas.org](http://www.comlas.org)

Tesseramento anno 2023

**SCHEDA DI ADESIONE**  
*Nuovo associato under 40*

La corrispondenza dovrà essere inviata:

luogo di lavoro

indirizzo privato

**BREVE CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM**

**PRIVACY**

Autorizzo la COMLAS (in qualità di titolare) e la Segreteria Organizzativa COMLAS Publiedit s.a.s (in qualità di Responsabile dei dati) ad inserire i miei dati nelle sue liste, per il trattamento degli stessi a fini associativi, fiscali, divulgativi e/o scientifici. In ogni momento, a norma del Regolamento Comunitario 679/2016/UE potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo. Informativa disponibile sul sito [www.comlas.it](http://www.comlas.it)

Firma \_\_\_\_\_

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA ALLA E-MAIL DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA COMLAS: [info@comlas.org](mailto:info@comlas.org)

Infoline 017167224 - e-mail: [info@comlas.org](mailto:info@comlas.org) - sito internet: [www.comlas.org](http://www.comlas.org)