

**DOMANDA "ELENCO SPECIALE STUDENTI"**

*ANAGRAFICA*

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Località di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Genere  M  F  preferisco non specificarlo

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA personale \_\_\_\_\_

*INDIRIZZO*

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ Edificio/Scala \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_

*RECAPITI*

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail alternativa \_\_\_\_\_

E-mail principale (obbligatoria) \_\_\_\_\_

*AZIENDA DI COLLABORAZIONE\**

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Gruppo aziendale \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

Lavoratore:  dipendente  autonomo  titolare/socio  non esercitante la professione sanitaria

FORMAZIONE

**Attualmente STUDENTE al corso di laurea di 1° livello in Tecniche Audioprotesiche**

al  1°  2°  3° anno

Sede Universitaria \_\_\_\_\_

Anno Immatricolazione \_\_\_\_\_ Matricola n. \_\_\_\_\_

*ALTRI CORSI DI LAUREA DI PROFESSIONI SANITARIE:*

Corso Universitario in \_\_\_\_\_ Sede Universitaria \_\_\_\_\_

Anno immatricolazione \_\_\_\_\_ Data prova finale \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_

- Ai sensi dell'art. 5 del vigente Statuto, dichiara di conoscere e di accettare, senza eccezioni e riserve, lo Statuto, il Codice deontologico e le norme regolamentari che reggono il Sodalizio, impegnandosi fin d'ora ad ottemperarvi scrupolosamente.
- Al conseguimento della LAUREA IN TECNICHE AUDIOPROTESICHE sarà mia cura provvedere immediatamente a dare comunicazione all'Associazione, tramite dichiarazione sostitutiva del certificato di laurea, affinché il mio nominativo passi dall'"Elenco Speciale Studenti" allo status di "Socio Effettivo"
- Ai sensi del Regolamento GDPR 679/2016 Vi informiamo che i dati così raccolti saranno trattati con sistemi informatici e sono necessari per lo svolgimento dell'attività associativa. La mancata fornitura dei dati comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto associativo. **Ai fini del corretto trattamento dei dati è necessario che l'interessato comunichi tempestivamente e per iscritto ogni variazione alla Segreteria.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:            copia del certificato di iscrizione all'università  
                          copia della carta d'identità  
                          copia Codice Fiscale

**Tutta la suddetta documentazione è trasmissibile a mezzo mail all'indirizzo: [studenti@fiaweb.it](mailto:studenti@fiaweb.it)**

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.