



DOMANDA DI ISCRIZIONE 2009

cognome		nome	
P. I.		codice fiscale	
comune di nascita		prov.	località e nazione nascita estera
data di nascita	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	cittadinanza	
indirizzo di residenza (via/corso/piazza ecc.)			n. civico c.a.p.
comune		prov.	frazione località e nazione estera
recapiti abitazione: tel.		fax	e-mail
sede di lavoro:		via/corso/piazza	n. civico
c.a.p.	comune	frazione	prov.
recapiti lavoro: tel.		fax	e-mail
Specificare recapito postale (se diverso da residenza):			

<input type="checkbox"/> prima iscrizione	<input type="checkbox"/> rinnovo	n. tessera	<input type="checkbox"/> rinnovo dopo interruzione	n. tessera
---	----------------------------------	------------------	--	------------------

TITOLO DI SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE:

<input type="checkbox"/> maturità classica	<input type="checkbox"/> maturità scientifica	<input type="checkbox"/> maturità magistrale	<input type="checkbox"/> maturità tecnica	<input type="checkbox"/> altro
--	---	--	---	--------------------------------

TITOLO PROFESSIONALE ABILITANTE:

<input type="checkbox"/> LAUREA IN FISIOTERAPIA (se conseguita con percorso di riconversione è obbligatorio barrare anche il titolo abilitante pregresso)	Anno prima immatricolazione	voto	lode <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Sede Universitaria		data Laurea	
<input type="checkbox"/> D.U. (diploma universitario)	<input type="checkbox"/> TdR L.30/03/71 n. 118-DM Sanità 10/02/74 e normative regionali	<input type="checkbox"/> TdR DPR n.162 del 10/03/82 L. 11/11/90,n.341	<input type="checkbox"/> Fisiokinesiterapista ex legge 19/01/42, n. 86, art. 1
<input type="checkbox"/> TdR apparato locomotore DPR n. 162 del 10/03/82	<input type="checkbox"/> Tecnico Fisioterapista della Riabilitazione DPR n. 162 del 10/03/82	<input type="checkbox"/> Massofisioterapista Corso triennale (legge 19 maggio 1971 n.403)	anno conseguimento del titolo
sede di conseguimento		provincia della sede formativa	
<input type="checkbox"/> LAUREA ESTERA	<input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> EXTRA COMUNITARIA	Nazione:	sede Universitaria estera:
data Laurea		data riconoscimento Ministero Salute	
Altro Titolo: <input type="checkbox"/> Laurea Specialistica		<input type="checkbox"/> Altra Laurea (se si specificare quale):	

TIPO DI IMPIEGO:

<input type="checkbox"/> dipendente S.S.N.	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato	<input type="checkbox"/> professionista <input type="checkbox"/> coordinatore <input type="checkbox"/> dirigente
<input type="checkbox"/> dipendente struttura privata accreditata S.S.N.	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato	<input type="checkbox"/> professionista <input type="checkbox"/> coordinatore <input type="checkbox"/> dirigente
<input type="checkbox"/> dipendente struttura privata	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato	<input type="checkbox"/> professionista <input type="checkbox"/> coordinatore <input type="checkbox"/> dirigente
<input type="checkbox"/> libero professionista presso		<input type="checkbox"/> studio proprio <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> disoccupato	<input type="checkbox"/> pensionato	<input type="checkbox"/> dipendente altro Ente pubblico

Compilare in stampatello e consegnare, spedire o faxare la presente domanda d'iscrizione come da indicazioni.

MODALITÀ DI VERSAMENTO E DI INVIO DEI DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE

EFFETTUARE il versamento di:

- euro 100,00 (Soci Ordinari) - euro 26,00 (Studenti) - euro 200,00 (Sostenitori)

sul c/c (postale/bancario) intestato a:

AIFI SARDEGNA c/c postale n. 68400126

COMPILARE il modulo in tutte le sue parti - si raccomanda calligrafia **chiara** e ben leggibile;

SPEDIRE via FAX, E-MAIL O POSTA (NON usare raccomandata) corredato di:

- fotocopia del versamento su c/c;
- fotocopia autocertificata del titolo di studio conseguito - solo per prima iscrizione: **in caso di Laurea conseguita con percorso di riconversione è obbligatorio allegare anche il titolo abilitante pregresso**
- certificato di frequenza - solo per studenti ;
- fotocopia della PARTITA IVA - solo liberi professionisti
- **Informativa sul trattamento dei dati personali (art.13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003) – Modulo allegato**