



## *Modulo di iscrizione all'Associazione T.Ur. Toscana Urologia*

Si prega di scrivere in stampatello ben leggibile

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

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

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

Libero Professionista       Dipendente       Convenzionato

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Numero di cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via/P.za) \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Sigla provincia \_\_\_\_\_

Socio presentatore \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data Richiesta Iscrizione T.Ur. \_\_\_\_\_

Ai sensi del D. Lgs. 196 del 30/06/2003 acconsento che i dati contenuti nella presente scheda vengano gestiti e trattati ai fini di legge.

Firma \_\_\_\_\_

**Da inviare per fax al: 0574 636250**  
**o per e-mail a: info@toscanaurologia.it**