

DOMANDA DI ISCRIZIONE A DIGITAL SIT

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____
Residente in _____ Provincia di _____
Indirizzo _____ Numero civico _____ CAP _____
Qualifica professionale _____
Specializzazione/settore d'attività _____
Codice fiscale _____ FAX _____
Telefono mobile _____ Telefono fisso _____
Indirizzo e-mail _____
Indirizzo PEC (obbligatorio) _____

a conoscenza dello Statuto sociale, **CHIEDE** l'iscrizione alla "Società Italiana per la Salute digitale e la Telemedicina", in sigla Digital SIT, in qualità di Socio:

(barrare la voce che interessa)

- Ordinario (laureati in Medicina) – quota associativa annuale = € 100,00
- Aderente (altri studiosi ed esperti) – quota associativa annuale = € 50,00
- Corrispondente (studiosi stranieri) – esenti dal versamento della quota
- Sostenitore (official/main sponsor) – quota associativa da determinare

INDICA quali Soci
presentatori:

Primo nominativo: _____

Secondo nominativo: _____

SI IMPEGNA a versare interamente, per l'iscrizione, la relativa quota associativa annuale in vigore al momento della presentazione della domanda, ed a saldare puntualmente le successive quote annuali, **ENTRO E NON OLTRE IL 30 APRILE DI OGNI ANNO**, nella misura stabilita dalla Società, qualora la domanda venga accolta.

Ove la domanda d'iscrizione non venga accolta, la quota versata per l'iscrizione sarà restituita all'interessato tramite bonifico bancario.

Indicare codice IBAN _____

Banca di appoggio _____ Agenzia di _____



ALLEGA alla domanda i seguenti documenti:

- ricevuta del bonifico bancario con il saldo della quota d'iscrizione;
- curriculum professionale aggiornato, con particolare riferimento alle competenze acquisite in Telemedicina (Medicina e Chirurgia Telematica), informatica medica, salute e sanità digitali, robotica ed alle attività ad esse collegate e affini per consentire la corretta valutazione del possesso dei requisiti statutari previsti per l'iscrizione a Digital SIT.

Data: _____ Firma: _____