Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedici
riconosciuta ai sensi del D.M. 26.04.2012
Member IFLBS dal 2012
Via Merulana n.134 Roma 00185 Tel: 06-62205541
www.antel.org

NUOVA ADESIONE ☐ ☐ RINNOVO ADESIONE

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

COGNOME E NOME _____

NATO/A _____ PR _____ IN DATA ____/___/_____

CITTADINANZA _____TIPO INDIRIZZO (1) R D C

INDIRIZZO _____

CAP _____ COMUNE _____ PR __ FRAZIONE (2) _____

CELLULARE _____ EMAIL _____

ESERCITA LA PROFESSIONE? (3) S N X NUMERO ISCRIZIONE (solo in caso di rinnovo) _____

PROFESSIONE SVOLTA _____

LAUREA/ TITOLO EQUIP. _____ DATA ____/___/_____

SEDE DI LAVORO

ASL ☐ AOU. ☐ IRCCS ☐ UNIV. ☐ LAB. PRIV. ☐ AZ. OSP. ☐ ALTRO _____

DENOMINAZIONE AZIENDA _____

INDIRIZZO _____COMUNE _____ PR. ___

CAP _____ REGIONE _____

QUALIFICA: ☐ TSLB COLLABORATORE ☐ TSLB COORDINATORE ☐ DIRIGENTE

ADESIONE

- ☐ Autorizza l'Amministrazione dalla quale dipende ad effettuare una ritenuta mensile di 5€ (cinque) per 6 mesi, riservandone l'importo all'ANTEL alla quale aderisco
- ☐ Lavoratore T. indeterminato: verso la somma di € 30,00 all'ANTEL in unica soluzione per l'anno solare in corso
- ☐ Lavoratore altre tipologie contrattuali: verso la somma di €. 20,00 all'ANTEL in unica soluzione per l'anno solare in corso
- ☐ Disoccupato iscrizione gratuita valida per l'anno solare in corso
- ☐ Neo Laureato: iscrizione gratuita valida per l'anno solare in corso
- ☐ Studenti TSLB 1-2-3 anno iscrizione gratuita valida per l'anno solare in corso

CODICE IBAN IT13K0760103200000056781008 CONFEDERAZIONE ANTEL ASSIATEL BANCO POSTA AG. N.6 ROMA
Inviare la scheda e ricevuta del pagamento tramite mail a **iscrizioni@antel.org**

☐ **IL SOTTOSCRITTO CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART 76 DEL DPR 445/2000 DICHIARA CHE TUTTO QUELLO CHE HO SCRITTO IN QUESTA SCHEDA CORRISPONDE ALLA VERITÀ**

☐ **IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI UNICAMENTE PER L'ATTIVITÀ ASSOCIATIVA E PER I SUOI SCOPI STATUTARI NEL RISPETTO DELLA LEGGE 675/96 E 196/03. AUTORIZZA LA CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI NEGLI ARCHIVI DI ANTEL/RIFORMA CHE SI IMPEGNANO A CUSTODIRE COPIA DI QUESTA INFORMATIVA SULLA PRIVACY E A CONSEGNARLA A RICHIESTA DELL'INTERESSATO.**
DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA PER LA TUTELA E LA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI.

DATA ___/___/_____ FIRMA LEGGIBILE _____

(1) R=RESIDENZA D=DOMICILIO PROFESSIONALE C=RECAPITO POSTALE
(2) COMPILARE QUANDO L'INDIRIZZO NON E' SEDE COMUNALE E PERTANTO INDICARE LA FRAZIONE CON IL PROPRIO CAP
(3) S=ESERCITA LA PROFESSIONE N=NON ESERCITA LA PROFESSIONE X=SOSPESO

LA QUALITA' DI SOCIO SI PERDE PER DIMISSIONI VOLONTARIE (STATUTO TIT. III ART. 10)