

## SCHEDA ASSOCIATIVA

(year)

\_\_\_\_\_

**La quota associativa è fissata in euro 70,00** per i Soci strutturati (ricercatori e docenti) e per i Soci non strutturati (cultori della materia, dottorandi, dottori, liberi professionisti, ecc.)

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

Codice Fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

Università/Dipartimento di afferenza \_\_\_\_\_

- Professore ordinario       Professore associato       Ricercatore  
 Assegnista di Ricerca       Dottore di ricerca       Dottorando       Altro

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Telefono ufficio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Il pagamento può essere effettuato con bonifico bancario intestato a:

**DEMETRA Ce.Ri.Med.**

Banca UNICREDIT, Viale della Libertà D - Palermo

**Codice IBAN: IT 06 T 02008 04638 000104623621**

Swift/BIC: UNCRITM1856

Si ricorda di indicare nella **causale** "Nome Cognome - Quota associativa anno \_\_\_\_\_" e di **validare l'iscrizione** inviando la presente scheda unitamente alla ricevuta di pagamento per e-mail a: **demetracerimed.presidenza@gmail.com**

\_\_\_\_\_

Luogo, Data

\_\_\_\_\_

Firma

### Compilazione obbligatoria

Informativa e consenso ai sensi del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation).

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
nel trasmettere i propri dati, acconsente al loro trattamento da parte di DEMETRA Ce.Ri.Med.

Così come indicato dalle lettere a), b), c), d), e), f), g), dell'informativa alla quale il presente modulo è allegato, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

\_\_\_\_\_

Luogo, Data

\_\_\_\_\_

Firma