



ITALIAN LONGEVITY
LEAGUE

SCHEDA DI ISCRIZIONE I.L.L. ANNO

DA INVIARE A:
italianlongevityleague@gmail.com

*Per l'inserimento del suo profilo sul sito ILL inviare una foto formato tessera in alta risoluzione

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

NOME COGNOME
N° TESSERA SOCIO NATO A.....
IL __/__/____ COD. FISC.
E-MAIL
CELL.....
INDIRIZZO PRIVATO:
VIA.....CAP
CITTÀ PROV.....

PROFESSIONE.....
SEDE DI ATTIVITÀ
DIVISIONE.....
INDIRIZZO:
VIA.....
CAPCITTÀ PROV.....
EMAIL..... TEL.....

LIBERO PROFESSIONISTA
BORSISTA
DIPENDENTE PUBBLICO
PENSIONATO
ALTRO

SEGNALARE LA QUOTA D'ISCRIZIONE RIFERITA ALLA PROFESSIONE SVOLTA

Quota medico o professioni sanitarie over 35	€ 50,00
Quota medico o professioni sanitarie under 35	€ 25,00
Quota professionisti non sanitari	€ 40,00

Allego ricevuta bonifico bancario di € _____

- Intestato a Italian Longevity League
- banca Fideuram
- IBAN **IT85U0329601601000067241564**
- Causale: "Iscrizione I.L.L. [anno] a nome di [specificare nome e cognome]"
- La scheda di iscrizione, corredata di distinta di pagamento andrà inoltrata a :
- italianlongevityleague@gmail.com

N.B.: La presente scheda deve essere inviata CONTESTUALMENTE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO.
FACOLTATIVA MA CONSIGLIATA LA PRESENTAZIONE AL CD DI 2 SOCI IN REGOLA O DI 1 TRA: COORDINATORE REGIONALE/DI MACROAREA/COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO:

(Cognome e nome in stampatello)

(Cognome e nome in stampatello)

(Firma)

(Firma)

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Decreto legislativo 30/06/03, n. 196 e successivo Regolamento UE nr. 679/2016)

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO LA ILL A CONSERVARE ED UTILIZZARE LE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL PRESENTE MODULO PER GLI SCOPI PREVISTI DALLO STATUTO

FIRMA _____

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO ALLA PUBBLICAZIONE DELLA FOTO SUL SITO DELLA ILL

FIRMA _____

DATA _____