



SCHEDA ISCRIZIONE

Al Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ginnastica Medica, Medicina Fisica, Scienze Motorie e Riabilitative

__ Sottoscritt__ Nome _____ Cognome _____

Nat__ a _____ in data _____ Abitante: Cap _____ Città _____

Prov. __ Via _____ Cell. _____

e-mail _____

- Medico chirurgo, laureato nell'Università di _____ nell'anno _____
- Laureato in Scienze Motorie e diplomato ISEF presso _____ nell'anno _____
- Laureato Fisioterapista e Terapista della Riabilitazione presso _____ nell'anno _____
- Studente in medicina : anno di corso _____
- Studente di Laurea in Scienze Motorie: anno di corso _____
- Studente Fisioterapista: anno di corso _____
- Altre specifiche _____

chiede

di essere iscritto alla Società Italiana di Ginnastica Medica, Medicina fisica, Scienze Motorie e riabilitative quale Socio _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto da lui/lei affermato corrisponde a verità.

Accetta / non accetta l'utilizzazione dei propri dati al trattamento per quanto previsto dalla legge 675/96 e successive modificazioni.

Richiede / non richiede la pubblicazione del proprio nome ed indirizzo nell'Albo dei Soci SIGM con le seguenti qualifiche _____

Data _____

FIRMA

Soci proponenti _____



(*) Titolo II - Art.5

a) sono soci effettivi:

i Medici, gli Educatori Fisici e i Laureati in Scienze Motorie, i Fisioterapisti laureati ed i Terapisti della Riabilitazione diplomati, i Massofisioterapisti (con diploma scolastico di 2° grado), i Logopedisti, gli Psicomotricisti, i Terapisti occupazionali, gli Ortottisti, i Tecnici Ortopedici, i Biologi, gli Ingegneri Biomedici, gli Psicologi, i Laureati in Pedagogia

b) sono soci aderenti: gli studenti in Medicina, Scienze Motorie e Fisioterapia e tutti coloro che, apprezzando l'utilità della Ginnastica Medica, intendono favorirne lo sviluppo.

PAGAMENTO: € 70,00

MODALITA' DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO su c/c intestato a: SIGM Società Italiana Ginnastica
IBAN IT89B0760112900000018492413

CAUSALE:

Iscrizione Società Italiana di Ginnastica Medica e Rieducazione Motoria
(specificare nome e cognome del richiedente)

L'iscrizione si riterrà valida solo se corredata del relativo pagamento
da inviare via mail a: sigmginnasticamedica@gmail.com

Solo dopo la ricezione della documentazione si trasmetterà voucher di conferma.