

**Al Presidente dell'Associazione OSDI**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_)

Telefono: casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Titolo di studio abilitante la  
professione** \_\_\_\_\_

**Qualifica:**  Infermiere  Infermiere Pediatrico  Infermiere Coordinatore  Assistente Sanitario

**Sede lavorativa:** \_\_\_\_\_

Servizio/reparto: \_\_\_\_\_

Indirizzo lavoro: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune lavoro \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_)

**COMUNICA IL RINNOVO DELL'ISCRIZIONE IN QUALITA' DI SOCIO**

Ordinario  Sostenitore  Studente

(Iscrizione all'O.S.D.I. – Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani – Anno 2019)

**Dichiara sotto la propria responsabilità**

di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_  
presso l'Università \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di aver conseguito il titolo di studio \_\_\_\_\_  
abilitante la professione presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere regolarmente iscritto al collegio/ordine professionale di \_\_\_\_\_

(SOCIO STUDENTE) di essere iscritto al corso di laurea \_\_\_\_\_

Univ.di \_\_\_\_\_ matr. N. \_\_\_\_\_

**Privacy**

Il trattamento dei Suoi dati sarà effettuato da OSDI mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, i dati trattati, vengono inseriti in un database informatizzato, il cui accesso è ubicato in un'area protetta del sito OSDI

(www.osdi.it), solo dopo autenticazione con credenziali ovvero login e password. Tali dati sono conservati all'interno delle strutture dell'associazione ed in server proprietari. I dati richiesti sono necessari ad OSDI per la costituzione e lo svolgimento dello stesso rapporto associativo, per consentirLe di abbonarsi al giornale di OSDI nonché per aggiornarLa su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere a quanto appena illustrato. Titolare del trattamento è OSDI, con sede in Bologna, Via Guelfa n. 9.

I dati raccolti potranno essere comunicati a OSDI S.r.l. e ad altri terzi (ad esempio, per la spedizione di programmi congressuali, per l'invio in abbonamento del giornale di OSDI e di altre riviste scientifiche, ecc.).

**Presto** il mio consenso all'O.S.D.I. per la comunicazione dei dati personali al fine esclusivo di consentire l'erogazione delle iniziative riguardanti l'Associazione

**Nego** il mio consenso all'O.S.D.I. per la comunicazione dei dati personali al fine esclusivo di consentire l'erogazione delle iniziative riguardanti l'Associazione nel rispetto della normativa vigente.

Data .....

Firma .....

(La presente vale come autocertificazione)

**NOTE:**

- Sono **Soci Ordinari** i seguenti operatori sanitari: infermieri, infermieri pediatrici o titolo equipollente, assistenti sanitari, regolarmente iscritti al Collegio/Ordine di appartenenza.
- Sono **Soci Studenti**, gli studenti che frequentano il corso di Laurea di primo livello in infermieristica e infermieristica pediatrica
- Sono **Soci Sostenitori**, le persone fisiche, gli enti, le imprese e le società, che intendono partecipare al funzionamento dell'associazione dal punto di vista finanziario

---

**Modalità di versamento della quota associativa Osdi 2019**

Importo: € 35.00 (trentacinque/00)

A favore di Associazione Nazionale Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani - OSDI

➤ tramite bollettino postale: C/C postale n. 77704203

*oppure*

➤ tramite bonifico bancario: Poste Italiane - IBAN: IT 16 N 07601 02400000077704203

---

***IMPORTANTE: inviare via fax (051 309477) o via mail ([segreteria@osdi.it](mailto:segreteria@osdi.it)) il modulo compilato e copia della ricevuta di versamento della quota associativa***

---