



# ANIQRC

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI  
QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

## DOMANDA DI ADESIONE

Modulo di iscrizione in qualità di socio · Anno [ ]

Il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a in qualità di socio dell'Associazione Nazionale Infermieri Qualità e Rischio Clinico (ANIQRC), dichiarando di conoscere e accettare lo Statuto e i regolamenti dell'Associazione.

### DATI ANAGRAFICI

NOME

COGNOME

NATO/A A

IL

CODICE FISCALE

RESIDENZA (VIA, CITTÀ, CAP, PROVINCIA)

EMAIL

TELEFONO

### DATI PROFESSIONALI

PROFESSIONE / QUALIFICA

N. ISCRIZIONE ALBO OPI

ENTE / STRUTTURA DI APPARTENENZA

REGIONE

### CATEGORIA DI SOCIO RICHIESTA

Socio ordinario    Socio sostenitore    Socio studente

### AREE DI INTERESSE

Rischio clinico    Quality improvement    Procedure e protocolli    Ricerca

### DICHIARAZIONI E CONSENSO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dello Statuto e di accettarne integralmente il contenuto; di voler versare la quota associativa annuale stabilita dal Consiglio Direttivo; di aver letto l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR - Reg. UE 2016/679) resa dall'Associazione.

- Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse all'attività associativa.  
 Presto il consenso a ricevere comunicazioni e la newsletter dell'Associazione (facoltativo).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

**Riservato all'Associazione.** Domanda ricevuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. Esito Consiglio Direttivo:  Accolta  Respinta · N. tessera socio \_\_\_\_\_ · Quota versata € \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. Inviare il modulo compilato e firmato a [\[email/PEC\]](#)

dell'associazione].