

**ASSOCIAZIONE O.S.D.I.**  
**(Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani)**

**Inviare in busta chiusa a :**

**ASSOCIAZIONE O.S.D.I.**  
**Via Guelfa, 9**  
**40138 Bologna**

Il/La sottoscritt...

COGNOME..... NOME.....

COD. FISCALE .....

INDIRIZZO .....

C.A.P. .... CITTA ..... PROVINCIA .....

RECAPITI TELEFONICI.....

FAX..... E-MAIL.....

QUALIFICA.....

SEDE DI LAVORO.....

SERVIZIO/REPARTO.....

**C H I E D E**

**di poter essere iscritto all'OSDI sez. regionale .....**

**per l'anno.....**

Data .....

Firma .....

La presente vale come autocertificazione

La Commissione Esaminatrice formata dal Consiglio Direttivo Nazionale valuterà tale richiesta dando tempestiva comunicazione al richiedente sulla avvenuta accettazione o rifiuto secondo le modalità previste dallo Statuto dell'OSDI (aggiornato in data 16/06/2006)

**P.S.: PER IL MOMENTO NON EFFETTUARE NESSUN PAGAMENTO**