

ASSOCIAZIONE  
OPERATORI SANITARI DI DIABETOLOGIA ITALIANI  
( O.S.D.I. )

---

CEDOLA di ISCRIZIONE

**Inviare via fax, unitamente alla copia della ricevuta del versamento, allo 051 309477:**

Il/La sottoscritt.....

Cod. FISCALE .....

Residente in Via ..... n° .....

C.A.P. .... Comune ..... Provincia.....

Tel..... cell.....

e-mail (\*\*).....

Operante in qualità di (\*). .....

c/o il Servizio di Diabetologia di (\*). .....

Altro Servizio.....

**(\*\*) è molto importante per la gestione dell'Associazione indicare un recapito e-mail, al fine di velocizzare la circolazione delle informazioni e contenerne i costi.**

**C H I E D E**

Iscrizione all'O.S.D.I. anno ..... in qualità di Socio Ordinario

**allega allo scopo ricevuta di versamento di € 35.00 (trentacinque/00) a favore di Associazione OSDI (C/C postale n. 77704203 – CAB 02400 ABI 07601 / IBAN: IT 16 N 07601 02400000077704203)**

Data ..... Firma .....  
(La presente vale come autocertificazione)

**CERCHIARE LA VOCE INTERESSATA**

( Presto / 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).

Sono **Soci Ordinari** gli infermieri professionali, assistenti sanitari, caposala, vigilatrici d'infanzia che risultino operanti presso le seguenti strutture :

- 1) Servizi/reparti/divisioni di diabetologia;
- 2) Ambulatori (anche polifunzionali) purchè dedicati alla diabetologia almeno un giorno alla settimana;
- 3) Reparti di medicina generale e malattie del ricambio;
- 4) Ambulatori/servizi/reparti di endocrinologia;
- 5) Reparti di geriatria
- 6) Assistenza Domiciliare Integrata

**(\* ) CAMPI OBBLIGATORI: Le iscrizioni prive di queste due voci non saranno prese in considerazione**