

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NATA/O A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN: \_\_\_\_\_  
(Città di residenza)

DICHIARA DI ESSERE ISCRITTO AL \_\_\_\_\_ ANNO DEL CORSO DI LAUREA  
IN: \_\_\_\_\_

CON MATRICOLA: \_\_\_\_\_ CELLULARE: \_\_\_\_\_

DICHIARA DI:

- Aver letto lo statuto di A.I.S.FA ed accettarlo
- Aver letto lo statuto dell'AISFA-Locale
- Iscrivere all'Associazione Italiana Studenti di Farmacia e affiliarsi automaticamente all'AISFA presente nel proprio ateneo
- Iscrivere alla newsletter sugli eventi associativi

Mail: \_\_\_\_\_

VERSANDO LA QUOTA ASSOCIATIVA DI:

- 10 € (prima iscrizione)

- 8 € (ogni rinnovo)

	Iscrizione	1° Rinnovo	2° Rinnovo	3° Rinnovo	4° Rinnovo
Data					
Quota					
Firma Associato					

FIRMA  
AISFA LOCALE

FIRMA E  
TIMBRO AISFA

*Informiamo gli Associati che i dati personali da Lei riferibili saranno trattati nel rispetto delle modalità previste dall'art. 11 del D.Lgs 196/2003*

A.I.S.FA-Associazione Italiana Studenti di Farmacia, Viale Andrea Doria, 6 - Catania (95125),  
Dipartimento di Scienze del Farmaco (UniCT) - C.F: 95132220104

