

## A.N.Te.L.

Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico

Associazione maggiormente rappresentativa ai sensi del D.M. 19 Giugno 2006

**Federazione ANTeL/ASSIATEL**



Via Labicana 62 – 00184 Roma  
Tel: 06 62205541 Fax: 06 93380167

[www.anteInazionale.it](http://www.anteInazionale.it)      [anteInazionale@tiscali.it](mailto:anteInazionale@tiscali.it)

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a .....

#### **Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM Sanità n. 745/94)**

Nato/a ..... Il ..... C.F\* .....

residente\* in via .....

CAP ..... Città ..... Prov .....

Telefono domicilio ..... lavoro .....

cellulare ..... email .....

in servizio\* presso .....

**Dichiara sotto la propria responsabilità** di essere in possesso del titolo abilitante alla professione, in ossequio delle normative vigenti (laurea o titolo equipollente ai sensi del DM interministeriale Sanità/Università 27 luglio 2000)

- Autorizza l'Amministrazione dalla quale dipende ad effettuare una ritenuta mensile di € 5,00 (cinque) per 12 mesi, riservandone l'importo all'A.N.Te.L. CCP n. 56781008 alla quale aderisco

**Codice IBAN IT13K0760103200000056781008**

- Verso sul CCP N° 56781008 in unica soluzione la somma di € 60,00
- Neo Laureato iscrizione gratuita valida per l'anno 2010/2011

Luogo ..... il ..... Firma leggibile .....

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in questo modulo in conformità alla legge sulla tutela della privacy.

Si                      No      Firma leggibile .....

\* Campi obbligatori