



**ASSOCIAZIONE C.O.M.E.S.**  
Coordinamento Medici Emergenza Sanitaria

Per dar voce all'esperienza e alla cultura di chi ha lavorato sull'ambulanza,  
per proporre l'innovazione nel dibattito scientifico  
e sui modelli organizzativi dell'emergenza

*comesilavoreràaperte*

**AL PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE "C.O.M.E.S."**  
(Coordinamento Medici Emergenza Sanitaria)

I sottoscritt dott \_\_\_\_\_  
Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
convenzionato \_\_\_\_\_ dipendente \_\_\_\_\_  
presso il D.S. n° \_\_\_\_\_ dell'A.S.L. \_\_\_\_\_  
presso l'Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_  
Istruttore in \_\_\_\_\_  
Docente di \_\_\_\_\_

***CHIEDE per l'anno 2021***

l'iscrizione a Codesta Associazione

***SI IMPEGNA***

a inviare la presente scheda compilata per via email a [presidente@comesemergenza.it](mailto:presidente@comesemergenza.it)  
e a versare la quota annuale di **Euro venticinque**

***AUTORIZZA***

l'Associazione sopra indicata a trattare i dati personali ai sensi dell'art. 13 della L. 675/96.  
La presente delega è valida fino alla revoca della stessa da parte del sottoscrittore.  
La quota di iscrizione è valida per un anno a decorrere dalla data di iscrizione all'Associazione.

Socio Presentatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

Modulo da Completare nelle sue Parti

da Scannerizzare ed Inviare per Contatto a [presidente@comesemergenza.it](mailto:presidente@comesemergenza.it)