



COORDINAMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO

L.go A. Gemelli, 8 - 00168 Roma

Segreteria Nazionale

C.F. 96299420586  
Tel. 06.30155256 – TelFax 06.3054299 cell. 3296734378  
www.coina.eu – info@coina.eu

## MODULO DI ISCRIZIONE COINA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

nome azienda \_\_\_\_\_

indirizzo azienda Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (Pr. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

si iscrive al Coordinamento Infermieristico Autonomo (CO.IN.A.) e autorizzo versando € 10,00 (dieci/00) mensili sul seguente conto corrente IBAN della Unicret Banca intestato a **COINA COORDINAMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO**. La delega è permanente salvo personale disdetta scritta e si chiede che venga trasmessa, in caso di mobilità, alla nuova azienda di assegnazione.

**Con la presente si intende esplicitamente revocata ogni precedente iscrizione ad altre O.S.**

-----  
**IT 24 W 02008 05314 000400333498**

Preso atto del D.Lgs. n. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza il Coordinamento Infermieristico Autonomo (CO.IN.A.) e il datore di lavoro a trattare i propri dati personali per le finalità di cui alla presente iscrizione. Dichiaro altresì di aver preso conoscenza dello Statuto pubblicato nel sito [www.coina.it](http://www.coina.it) e di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle relative delibere e regolamenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma