

SOCIETÀ ITALIANA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Domanda di iscrizione

Il Dr. (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

Indirizzo _____

CAP e Località _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

e-mail _____

Codice Fiscale _____

chiede di essere ammesso a far parte della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia.

Anno di laurea _____ Sede _____

Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia in data (gg/mm/aa) _____

Altre Specializzazioni a) _____ Data (gg/mm/aa) _____

b) _____ Data (gg/mm/aa) _____

Qualifica professionale _____

Sede di esercizio della professione _____

Indirizzo sede _____

CAP e Località _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Altri titoli _____

Soci presentatori 1) _____
nome, cognome e firma

2) _____
nome, cognome e firma

Firma del richiedente _____

Data _____

**Si prega di inviare il modulo alla SIOT ENTRO IL 23 NOVEMBRE 2010:
VIA NICOLA MARTELLI 3 - 00197 ROMA
Fax: 06 80687266 e-mail: segreteria@siot.it**

LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

SEGUE

SOCIETA' ITALIANA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Informativa e Consenso Soci

Oggetto: INFORMATIVA ex artt. 13 e 161 D.Lgvo 30 Giugno 2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Gentile Dottore/Dottoressa,

la informiamo che i dati personali che richiediamo sono essenziali ai fini della prestazione dei servizi cui hanno diritto gli associati. Sono trattati, sia in modo informatizzato che cartaceo, per permettere il regolare svolgimento dell'incarico commissionatoci, nel pieno rispetto della normativa in materia e nel Suo stesso interesse.

La rassicuriamo che daremo luogo alle sole comunicazioni necessarie per l'adempimento del servizio o imposteci da disposizioni di legge. L'eventuale elaborazione dei dati da parte di terzi (con la conseguente conservazione presso le loro sedi) e, in generale, l'affidamento a terzi di operazioni di trattamento, avverranno sulla base di adeguate nomine a "responsabile" o ad "incaricato".

Se desidera maggiori informazioni può contattarci al n. 06 80691593.

Verrà prontamente evasa qualunque richiesta, anche via fax al n. 06 80687266, di esercizio dei diritti di cui all'art. 8 D.Lgvo n. 196/2003.

Attraverso il Nostro Responsabile del trattamento, reperibile presso la sede, può accedere ai Suoi dati personali, per verificarne l'utilizzo o, eventualmente, per correggerli, aggiornarli ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento.

in fede

SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia)

Ricevuta la dettagliata Informativa il sottoscritto.....
esprime attraverso la barratura dell'appropriata casella, libero consenso (SI) / diniego (NO) al trattamento ed all'eventuale comunicazione dei dati personali, inclusi quelli sensibili, per le finalità e secondo le modalità specificate nell'Informativa ricevuta.

In caso di diniego non saremo in grado di prestare servizi quali recapito riviste, comunicazioni sui congressi e servizi riservati ai Soci.

SI

NO

Nome _____

Cognome _____

Firma leggibile

Data _____

SEGUE