



ACCADEMIA UNIVERSITARIA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (A.U.O.T.)

Domanda di iscrizione

Il Dr./Prof.
(cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Indirizzo _____

CAP e località _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

Codice Fiscale _____

chiede di iscriversi alla Accademia Universitaria di Ortopedia e Traumatologia (A.U.O.T.)

Anno e sede di laurea _____

Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia conseguita in data _____

Qualifica professionale _____

Sede di esercizio della professione _____

Indirizzo sede _____

CAP e Località _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Appartenenza ad altre Società
Scientifiche _____

Alla domanda dovrà essere allegato un Curriculum vitae

dichiara (*barrare la casella*):

di aver preso visione dello Statuto della Società (www.auot.it/statuto)

Firma _____ Data _____



ACCADEMIA UNIVERSITARIA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (A.U.O.T.)
Informativa e Consenso Soci

Oggetto: INFORMATIVA ex Regolamento EU 2016/679 – Protezione dati personali.

Gentile Dottore/Professore,

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 ai sensi del Regolamento EU 679/2016.

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

Accademia Universitaria 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 comunicazioni sui congressi e servizi riservati ai Soci.

SI

NO

Nome e Cognome

Firma leggibile

Data _____

Si prega di inviare il modulo alla Segreteria AUOT: Via Nicola Martelli 3 – 00197 Roma

Tel.: 06 80691593 Fax: 06 80687266 e-mail: accademia@siot.it

LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE