



**SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA VERTEBRALE
GRUPPO ITALIANO SCOLIOSI**

Domanda di iscrizione

Il Dr. (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Indirizzo _____

CAP e località _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

chiede di iscriversi alla Società Italiana di Chirurgia Vertebrale - Gruppo Italiano Scoliosi

Anno e sede di laurea _____

Specializzazione 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

Nome e Cognome (in stampatello) e firma dei Soci presentatori (leggibile):

1) _____

2) _____

Firma del richiedente _____

dichiara (barrare la casella) :

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento della Società (www.gis-italia.org) Firma _____

Data _____

SEGUE

SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA VERTEBRALE - GRUPPO ITALIANO SCOLIOSI - G.I.S.

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" e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR).

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

Società Italiana di Chirurgia Vertebrale - Gruppo Italiano Scoliosi

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 e Cognome

Firma leggibile

Data _____

**Si prega di inviare il modulo alla Segreteria GIS: Via Nicola Martelli 3 - 00197 Roma
Tel.: 06 80691593 Fax: 06 80687266 e-mail: segreteria@gis-italia.net**

LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE