



**SOCIETA' ITALIANA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA
S.I.T.O.P.**

Domanda di iscrizione alla Società

Al Presidente S.I.T.O.P.

Soci presentatori 1) _____
nome, cognome e firma

2) _____
nome, cognome e firma

Il Dott. _____

nato a _____ il _____

Indirizzo _____

Località e CAP _____

Telefono _____ Fax. _____ Cell. _____

e-mail _____

Codice Fiscale _____

**chiede di essere ammesso a far parte della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica in
qualità di Socio Ordinario**

Anno di laurea _____ Sede _____

Specializzazione in _____ Anno _____

Sede esercizio attività preminente _____

Indirizzo Sede _____

CAP e Località _____

Telefono _____ Fax. _____

e-mail _____

dichiara (barrare la casella) :

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento della Società (www.sitop.it)

Firma _____ Data _____

LE DOMANDE ILLEGGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

INVIARE IL MODULO A: S.I.T.O.P. - Via Nicola Martelli, 3 - 00197 Roma - segreteria@sitop.it

SEGUE



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 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR).

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

SITOP (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica)

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

LE DOMANDE ILLEGGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

Data