



DOMANDA DI ISCRIZIONE

INFORMAZIONI PERSONALI compilare in stampatello leggibile

Titolo: Prof/Prof.ssa Dott./Dott.ssa Sig./Sig.ra

Nome: _____

Cognome _____

Sesso: M F

Codice Fiscale _____

Nato il: _____ a: _____ (Prov. _____)

Nazione: _____

RECAPITO POSTALE (Invio corrispondenza)

Indirizzo di residenza: _____

Città: _____ (Prov. _____)

C.A.P. _____ Tel. / Cellulare: _____

ALTRI CONTATTI - (Si ricorda che tutte le comunicazioni Associateive verranno inviate tramite e-mail)

Email_1 _____

Email_2 _____

Tel. Pers. Reparto: _____ Fax Pers. Reparto: _____



ISCRIZIONE DUE GRUPPI DI STUDIO

Primo Gruppo di Studio: _____

Secondo Gruppo di Studio: _____

INFORMAZIONI STRUTTURA DI APPARTENENZA

Struttura Ospedaliera di affiliazione lavorativa:

Indirizzo: _____

Città: _____ CAP _____ Prov _____

Reparto: _____

Tel. Struttura: _____

Tel. Reparto: _____

Fax Reparto: _____

Email Reparto: _____

Web Reparto: _____

QUALIFICHE E SPECIALIZZAZIONI

Qualifica: _____

Pos. Lavorativa: _____

Specializzazione: _____

Specializzando**:

SI	NO	(Barrare l'opzione corretta)
----	----	------------------------------

**** ALLEGARE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DISPONIBILE NELL'ULTIMA PAGINA DELLA PRESENTE**

OPPURE

L'ATTESTATO DI FREQUENZA RILASCIATO DAL PROPRIO ATENEO
UNIVERSITARIO

ALTRE INFORMAZIONI

Iscrizioni ad altre Associazioni/Società Scientifiche o Professionali:

Cariche attualmente ricoperte in altre Associazioni/Società Scientifiche o
Professionali:

Note:



E' necessario allegare la seguente autocertificazione relativa allo Stato di Servizio per i Medici già in possesso della Specializzazione.

AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SERVIZIO

Il sottoscritto: _____

Nato a : _____ il _____

Residente a: _____

In via/piazza _____

DICHIARA

Di svolgere la propria attività lavorativa presso:

in qualità di _____

dal _____

In fede.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Legislativo

n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

e del Regolamento Ue 2016/679 (General Data Protection Regulation - GDPR)

Egregio Dottore/Gent.ma Dott.ssa, ai sensi delle norme sopra citate (di seguito il "GDPR"), La informiamo con la presente in merito al trattamento dei Suoi dati personali da parte di AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore.

1. Finalità e modalità del trattamento

I Suoi dati personali che compaiono nella scheda di iscrizione ad AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore, da noi raccolti saranno trattati con strumenti cartacei e/o elettronici, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, pertinenza, non eccedenza e tutela dei Suoi diritti, per registrare nei database Soci la Sua iscrizione oltre che per adempiere ad obblighi normativi, regolamentari o deontologici. Previo Suo espresso consenso, i dati personali di cui sopra potranno essere utilizzati per trasmettere le informazioni e/o documentazione circa attività di AIPO-ITS/ETS iniziative legate a tali attività quali App, siti internet, newsletters. Tutte le predette attività saranno svolte in conformità alla normativa vigente. Le precisiamo che il trattamento non concerne dati sensibili e/o giudiziari. Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate i Suoi dati personali saranno organizzati in apposite Banche Dati, mediante supporti cartacei ed informatici e nel rispetto delle disposizioni, anche attuative, previste dal Regolamento e, in particolare, delle misure di sicurezza, ai sensi degli artt. 31-35 e dell'Allegato B del Regolamento e con l'osservanza di ogni misura cautelativa e idonea che ne garantisca la relativa riservatezza e sicurezza. I Suoi dati personali saranno trattati dal titolare, dai responsabili e dagli incaricati di AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore, ovvero da soggetti terzi che svolgono attività strumentali per il perseguimento delle finalità sopra indicate, anche all'estero, compresi paesi extra UE, nel rispetto della normativa vigente. In tal caso i soggetti terzi sono individuati tra coloro che per esperienza, capacità e affidabilità forniscano idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza. Tali soggetti, in tal caso, sono designati quali responsabili del trattamento ed il loro elenco aggiornato è disponibile in ogni momento contattando il titolare.

2. Natura della raccolta dei dati e conseguenze di un eventuale mancato conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali per le finalità indicate nel paragrafo precedente è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di svolgere le attività.

3. Comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi. I Suoi dati personali, per le finalità indicate nel punto 1, potranno essere comunicati a:

- partner delle iniziative promosse da AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore per le finalità di cui al paragrafo 1;
- ad enti e/o istituzioni per adempiere agli obblighi previsti dalle norme di legge civilistiche e fiscali, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria.

4. Diritti dell'interessato

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare o del Responsabile del trattamento ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Regolamento. I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità, anche per il tramite di un incaricato, al Titolare o ai Responsabili mediante lettera indirizzata a AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore – Via A. Da Recanate, 2 – Milano o inoltrando un e-mail all'indirizzo (privacy@aiporicerche.it). Alla richiesta sarà fornito idoneo riscontro senza ritardo.

5. Titolare e responsabili del trattamento: AIPO-ITS/ETS

L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è disponibile presso la sede legale dei Titolari e sarà fornito previa richiesta scritta. I responsabili del trattamento sono domiciliati ai fini della predetta informativa presso la sede legale del rispettivo titolare.



DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI DA PARTE DI AIPO E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

IL SOTTOSCRITTO/A

NOME _____

COGNOME _____

dichiara di aver ricevuto l' informativa inerente il trattamento dei propri dati personali ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per registrare nei database aziendali oltre che per adempiere ad obblighi normativi, regolamentari e deontologici e per le finalità prima esposte

ACCETTO

NON ACCETTO

Data

Firma Leggibile



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. n.445 del 28/12/2000 art.46)

La/Il sottoscritta/o _____
nata/o il _____ a _____ (prov. _____)
cittadinanza _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75,76 D.P.R.n.445 del 28/12/2000)

DICHIARA

di essere stata/o iscritta/o presso l'Università degli Studi di

per l'Anno Accademico _____ al _____ ANNO della scuola di
specializzazione in _____
(_____ - Classe _____ di cui al D.I.68/2015).

La/Il sottoscritta/o dichiara/o che si è immatricolata/o al _____ ANNO della scuola
di specializzazione in MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (SAS-5517 -
Classe Medicina clinica generale e specialistica di cui al D.I.68/2015) nell'Anno
Accademico _____ presso Università degli Studi di _____ il
_____.

La durata del corso è di QUATTRO ANNI.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i propri dati personali saranno trattati
dall'Ente ricevente per assolvere agli scopi istituzionali ai sensi del Regolamento Europeo
in materia di Protezione dei Dati Personali 2016/679 e della normativa vigente.

Luogo e data _____

Il Dichiarante Specializzando _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali
certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che
vi consentono (articolo 15 Legge 12 novembre 2011, n. 183).