

DATI SOCIO*

PROF. DOTT.

Allegare un breve curriculum, max 200 parole

NOME E COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

POSIZIONE PROFESSIONALE: _____

INDIRIZZO DOMICILIO PERSONALE: _____

INDIRIZZO PROFESSIONALE: _____

TELEFONO CASA: _____

TELEFONO PROFESSIONALE: _____

FAX: _____

EMAIL: _____

LAUREA IN: _____

ANNO: _____

SPECIALIZZANDO/DOTTORANDO IN: _____

SPECIALITA' ACQUISITE: _____

ASSOCIAZIONI ADERENTI E GRUPPI DI STUDIO

(Si può scegliere una o più associazioni/gruppi di studio dalla lista)

Demenze SIN-DEM <input type="checkbox"/>	Miologia <input type="checkbox"/>	Ricerca Cefalee <input type="checkbox"/>
Malattia di Parkinson e <input type="checkbox"/>	Neuroepidemiologia <input type="checkbox"/>	Sistema Neurovegetativo <input type="checkbox"/>
Disordini del Movimento <input type="checkbox"/>	Neuropatologia <input type="checkbox"/>	Cochrane Neurological Network <input type="checkbox"/>
Italian Stroke Association <input type="checkbox"/>	Neuropsicologia <input type="checkbox"/>	Neurosonologia ed Emodinamica Cerebrale <input type="checkbox"/>
Medicina del Sonno <input type="checkbox"/>		Sistema Nervoso Periferico <input type="checkbox"/>

GRUPPI DI STUDIO

Bioetica e cure palliative <input type="checkbox"/>	Neuroimmagini <input type="checkbox"/>	Qualità della vita <input type="checkbox"/>
Donna e malattie neurologiche <input type="checkbox"/>	Neuroimmunologia <input type="checkbox"/>	Sclerosi Multipla <input type="checkbox"/>
Epilessia <input type="checkbox"/>	Neuroinfettivologia <input type="checkbox"/>	Stimolazione Cerebrale Profonda <input type="checkbox"/>
	Neuro-oncologia <input type="checkbox"/>	Storia della Neurologia <input type="checkbox"/>
Malattie del motoneurone <input type="checkbox"/>	Neuroscienze e <input type="checkbox"/>	Traumatologia cranica <input type="checkbox"/>
Neurogenetica clinica <input type="checkbox"/>	Dolore <input type="checkbox"/>	Sezione Neurologi in formazione <input type="checkbox"/>
	Plasticità sinaptica e <input type="checkbox"/>	
	neuroprotezione <input type="checkbox"/>	

Quota iscrizione annuale:

100 euro

50 euro Specializzandi/Dottorandi

(allegare certificato di iscrizione alla Scuola di Specialità o Dottorato)

***campi obbligatori**

Data *

Firma richiedente*

Informativa

Informativa e richiesta di consenso per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 "**Codice in materia di protezione dei dati personali**", Vi informiamo che i Vostri dati personali forniti od altrimenti acquisiti nell'ambito dei servizi da noi prestati, saranno oggetto di trattamento nel rispetto delle disposizioni sopra menzionate e degli obblighi di riservatezza che ispirano e caratterizzano l'attività di SIN.

Per il trattamento di dati personali intendiamo qualunque operazione e/o attività o complesso di operazioni e/o attività, effettuate anche senza l'ausilio e/o utilizzo di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione di dati, anche se non registrati in una banca dati.

Il titolare per il trattamento dei dati da Lei forniti è SIN, nella persona del suo Presidente Prof. Leandro Provinciali.

I Suoi verranno trattati sia per mezzo di strumenti informatici e/o telematici, sia manualmente per finalità connesse e/o strumentali all'attività associativa SIN, così come previsto e regolamentato dalla vigente legislazione nazionale e/o comunitaria vigente ; in particolare:

- rendere possibile l'esecuzione degli obblighi associativi, amministrativi e legali previsti
- rendere possibile l'espletamento dell'incarico conferito ovvero adempire alle obbligazioni contrattuali assunte.

Nel caso che l'espletamento dell'incarico conferito ovvero l'adempimento contrattuale obblighi e/o preveda l'interessamento e/o l'attività di soggetti terzi, quali aziende e/o professionisti, previa Vostra autorizzazione, i Vostri dati saranno comunicati ai singoli gestori, che opereranno in qualità di titolari per il trattamento dei dati connesso alla parte di loro competenza ovvero:

- rendere possibile l'esecuzione degli obblighi amministrativi e legali previsti
- rendere possibile l'espletamento dell'incarico conferito ovvero adempire alle obbligazioni contrattuali assunte.

Il trattamento dei dati avverrà per mezzo di strumenti e con modalità atte a garantirne la riservatezza, l'integrità e la disponibilità così come regolato agli articoli 33 e seguenti del decreto legislativo 30,06,03 n.196, riguardante le misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali.

I dati personali saranno conservati presso la filiale operativa in Italia sita in Via del Rastrello, 7 53100 Siena (SI) per il tempo definito e/o previsto dalla legislazione di riferimento e potrete esercitare i diritti di cui all'art. 7 decreto legislativo 30,03,03 n 196.

Per quanto sopra esposto si richiede il consenso al trattamento dei dati personali finalizzato a:

- rendere possibile l'esecuzione degli obblighi amministrativi e legali previsti
- rendere possibile l'espletamento dell'incarico conferito ovvero adempire alle obbligazioni contrattuali assunte.

() acconsento () rifiuto

Data

Firma
