

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 Disordini del Movimento <input type="checkbox"/>	Neuroepidemiologia <input type="checkbox"/>	Sistema Neurovegetativo <input type="checkbox"/>
Italian Stroke Association <input type="checkbox"/>	Neuropatologia <input type="checkbox"/>	Cochrane Neurological Network <input type="checkbox"/>
Medicina del Sonno <input type="checkbox"/>	Neuropsicologia <input type="checkbox"/>	Neurosonologia ed Emodinamica Cerebrale <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"/>
Linee Guida e standard di qualità in neurologia <input type="checkbox"/>	Neuro-oncologia <input type="checkbox"/>	Storia della Neurologia <input type="checkbox"/>
Malattie del motoneurone <input type="checkbox"/>	Neuroscienze e Dolore <input type="checkbox"/>	Traumatologia cranica <input type="checkbox"/>
Neurogenetica <input type="checkbox"/>	Patologie di confine in neuropsichiatria <input type="checkbox"/>	Sezione Neurologi in formazione <input type="checkbox"/>
	Plasticità sinaptica e neuroprotezione <input type="checkbox"/>	

Si ricorda che l'iscrizione è tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo espressa disdetta scritta da inviare alla segreteria sin info@neuro.it entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento

Quota iscrizione annuale:

100 euro

50 euro Specializzandi/Dottorandi

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

***campi obbligatori**

Data *

Firma richiedente*

Per informazioni: Segreteria SIN Studio CongressLAB
tel. 0577 286003 Fax 0577 282731 Email info@neuro.it

Informativa

Informativa e richiesta di consenso per il trattamento dei dati personali

La invitiamo a sottoscrivere la seguente dichiarazione:

Io sottoscritto autorizzo la Società Italiana di Neurologia (SIN), con sede in **Via del Rastrello, 7- 53100 Siena**, (in seguito, "Titolare"), in qualità di titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 (in seguito, "Codice Privacy") e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") a trattare i miei dati con le modalità e per le finalità seguenti:

trattamento 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

Tale autorizzazione potrà essere da Lei revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta secondo le modalità rinvenibili nell'informativa riportata sul sito

accetto

acconsento rifiuto

Data

Firma
