



Allegato A

**Domanda di partecipazione
Premio YOUNG SURGEON TOSCO UMBRA anno 2024**

Al Consiglio Direttivo della Società Tosco Umbra di Chirurgia

Presso Segreteria Executive Planning S.r.l.,
Loc. Salceto 99, 53036 Poggibonsi (Siena)
info@societatoscoumbrachirurgia.org

Il/I sottoscritto/a Dott. * (nome, cognome),
data di nascita.....luogo di nascita.....Prov..... *
Codice Fiscale.....Cell *
Residente a.....Prov.....Via..... *
qualifica professionale..... *
Ente di appartenenza : *
..... *
specializzazione anno.....presso : *
..... *

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso per l'assegnazione del **PREMIO "YOUNG SURGEON TOSCO UMBRA"**

Con il seguente materiale..... *

Allegato alla presente in formato (PDF) o formato elettronico. Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alle fasi del lavoro della Giuria venga comunicata tramite:

Cell.....PEC..... *

e mail. *

Il sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del regolamento del Premio e di accettarlo nella sua totalità.

Firma

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30.06.2003 N.196, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno utilizzati dalla Società Executive Planning Srl per il Premio **"YOUNG SURGEON TOSCO UMBRA"** e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale o informatizzato.
3. I dati obbligatori sono contrassegnati da asterisco; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione dell'iscrizione. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nei termini consentiti dal D.Lgs. n.196/03

Data.....

Firma.....