



**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](mailto: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.....