



Domanda di Iscrizione alla Società Tosco Umbra di Chirurgia per Medici Specializzandi

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

Nato/a il _____ Città _____ PROV _____ Stato _____

Indirizzo di residenza o domicilio _____ nr. _____

Comune _____ CAP _____ PROV _____ Regione _____

Telefono _____ Cell _____ mail _____

Professione _____ Disciplina _____

In servizio presso:

Nome Azienda/Ospedale _____

Città _____

Unità Operativa _____

CHIEDE

di essere iscritto come specializzando alla Società Tosco Umbra di Chirurgia per l'anno

Data _____

Firma _____

L'iscrizione è a titolo gratuito

La presente domanda dovrà essere inviata via e-mail a info@executiveplanning.it oppure al fax 0577-1760000

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30.06.2003 N.196 e del Regolamento Europeo 679/16 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno utilizzati dalla Società Tosco Umbra di Chirurgia per l'iscrizione all'associazione 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.
4. I dati potranno essere comunicati o diffusi presso gli organismi centrali e le sedi

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nei termini consentiti in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/16

Data _____ Firma _____