



**SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA VERTEBRALE  
GRUPPO ITALIANO SCOLIOSI**

***Domanda di iscrizione***

Il Dr. (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP e località \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**chiede di iscriversi alla Società Italiana di Chirurgia Vertebrale - Gruppo Italiano Scoliosi**

Anno e sede di laurea \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_

Sede di esercizio della professione \_\_\_\_\_

Indirizzo sede \_\_\_\_\_

CAP e Località \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Appartenenza ad altre Società Scientifiche \_\_\_\_\_

**Alla domanda dovrà essere allegato un Curriculum vitae**

Nome e Cognome (in stampatello) e firma dei Soci presentatori (leggibile):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**dichiara** (barrare la casella) :

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento della Società ([www.gis-italia.org](http://www.gis-italia.org)) Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**SEGUE**

**SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA VERTEBRALE - GRUPPO ITALIANO SCOLIOSI - G.I.S.**

*Informativa e Consenso Soci*

**Oggetto: INFORMATIVA ex artt. 13 e 161 D.Lgvo 30 Giugno 2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".**

Gentile Dottore/Dottoressa,

la informiamo che i dati personali che richiediamo sono essenziali ai fini della prestazione dei servizi cui hanno diritto gli associati. Sono trattati, sia in modo informatizzato che cartaceo, per permettere il regolare svolgimento dell'incarico commissionatoci, nel pieno rispetto della normativa in materia e nel Suo stesso interesse.

**La rassicuriamo che daremo luogo alle sole comunicazioni necessarie per l'adempimento del servizio o imposteci da disposizioni di legge. L'eventuale elaborazione dei dati da parte di terzi (con la conseguente conservazione presso le loro sedi) e, in generale, l'affidamento a terzi di operazioni di trattamento, avverranno sulla base di adeguate nomine a "responsabile" o ad "incaricato".**

Se desidera maggiori informazioni può contattarci al n. 06 80691593.

Verrà prontamente evasa qualunque richiesta, anche via fax al n. 06 80687266, di esercizio dei diritti di cui all'art. 8 D.Lgvo n. 196/2003.

Attraverso il Nostro Responsabile del trattamento, reperibile presso la sede, può accedere ai Suoi dati personali, per verificarne l'utilizzo o, eventualmente, per correggerli, aggiornarli ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento.

In fede

**Società Italiana di Chirurgia Vertebrale - Gruppo Italiano Scoliosi**

---

Ricevuta la dettagliata Informativa il sottoscritto \_\_\_\_\_  
esprime attraverso la barratura dell'appropriata casella, libero consenso (SI) / diniego (NO) al trattamento ed all'eventuale comunicazione dei dati personali, inclusi quelli sensibili, per le finalità e secondo le modalità specificate nell'Informativa ricevuta.

In caso di diniego non saremo in grado di prestare servizi quali recapito riviste, comunicazioni sui congressi e servizi riservati ai Soci.

SI

NO

*Nome e Cognome*

*Firma leggibile*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Si prega di inviare il modulo alla Segreteria GIS: Via Nicola Martelli 3 - 00197 Roma  
Tel.: 06 80691593 Fax: 06 80687266 e-mail: segreteria@gis-italia.net**

**LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE**