

SIROM – Società Italiana di Radiologia Odontostomatologica e Maxillo Facciale

MODULO DI PRIMA ISCRIZIONE

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov: _____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Completare entrambi gli indirizzi e barrare quello cui inviare la corrispondenza

Abitazione

Via: _____ CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Lavoro

Ospedale: _____ Unità operativa: _____

Ambulatorio privato: _____ Altro: _____

Via: _____ CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Laureato in: _____ nell'Università di: _____ nell'anno: _____

specializzato in: _____ nell'Università di: _____ nell'anno: _____

Area di impiego:

<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/> Odontoiatria	<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo Facciale
<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Informatica e Tecnologie
<input type="checkbox"/> Altro: _____		

Preso visione dello statuto della SIROM fa domanda di essere ammesso quale socio:

<input type="checkbox"/> ordinario (40€)	<input type="checkbox"/> affiliato (30€)	<input type="checkbox"/> affiliato junior (10€)	<input type="checkbox"/> senior (10€)	<input type="checkbox"/> sostenitore (discrezionale)
--	--	---	---	--

per l'anno _____ e versa la somma di € _____ come quota di associazione.

Con riferimento ai dati personali raccolti con il presente modulo, forniamo le seguenti informazioni ai sensi dell'art. 10 L. 675/96. I dati raccolti saranno inseriti nella banca dati della SIROM e saranno oggetto di trattamento per la realizzazione delle proprie iniziative, quali l'iscrizione, l'invio di informazioni e l'elaborazione di statistiche. Il trattamento potrà essere effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di supporti elettronici e telematici. I dati potranno essere comunicati a partner organizzativi e/o commerciali. Sottoscrivendo il modulo viene prestatato anche il consenso all'invio di eventuale materiale informativo, pubblicitario e/o promozionale a norma dell'art. 12 comma 1 lettera f L. 675/96. In ogni momento potranno essere chiesti la modifica, il non utilizzo o la cancellazione dei dati, secondo quanto previsto dall'art. 13 della stessa legge, scrivendo a: SIROM – c/o Istituto di Radiologia dell'Università degli Studi di Torino – via Genova, 3 – 10126 - Torino. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso l'iscrizione non potrà essere eseguita.

Avendo letto e compreso l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali,

acconsento

non acconsento

al loro trattamento.

Data: _____

Firma: _____