



DOMANDA DI ISCRIZIONE

LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

Generalità

Il Dr. (cognome e nome) _____
nato a _____ il _____
Residente in _____
CAP e Località _____
Tel _____ Fax _____ Cell. _____
e-mail _____ C. Fiscale: _____
Anno di laurea _____ Sede _____
Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia in data _____ (gg/mm/aa) _____
Altre Specializzazioni a) _____ Data _____ (gg/mm/aa) _____
b) _____ Data _____ (gg/mm/aa) _____

**chiede di essere ammesso a far parte della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
e dichiara (barrare la casella) :**

di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento e del Codice Etico della Società (www.siot.it), e di accettarne le disposizioni.

Soci presentatori 1) _____
nome, cognome e firma
2) _____
nome, cognome e firma
Firma del richiedente _____ Data _____

Gli Associati Ordinari e Aggregati sono tenuti al pagamento di una quota annuale così stabilita (art.3 del Regolamento):

- Soci di età superiore ai 35 anni e fino a 71 anni € 100,00

- Soci di età inferiore e uguale a 35 anni € 50,00

Specializzandi € 50,00

Inquadramento e qualifica: barrare una o più risposte

Dipendente:

- Dipendente Pubblico S.S.N. Direttore di Struttura Complessa Intramoenia
- Dipendente Ente Religioso Direttore di Struttura Semplice/Semplice Dipartimentale Extramoenia
- Dipendente Pubblico non S.S.N. Qualifica: _____
- Dipendente Privato Medico Responsabile
 Aiuto dirigente
 Aiuto
- Specialista ambulatoriale interno "SUMAI"
 Specialista ambulatoriale esterno accreditato SSN
 Pensionato
 Specializzando
 Esercito anche attività Libero-Professionale
 Esercito esclusivamente attività Libero-Professionale
- Altro: _____

Titolo/Qualifica Accademica:

- Professore Ordinario
 Professore Associato
 Ricercatore/Assegnista
- Altro: _____

Ente/Struttura di appartenenza o riferimento

Denominazione: _____
(se più strutture indicare solo la principale)

Reparto _____

Città _____ Prov. _____

Dati attività lavorativa 2015

Numero di interventi come 1° operatore eseguiti nell'anno 2015:

- 0-10 10-50 >50 >100 >200 >300 >500

Numero sinistri negli ultimi 5 anni (2011-2015):

Numero sinistri nel solo 2015:

(intendendo per SINISTRI: le richieste risarcitorie pervenute, le denunce penali, le azioni risarcitorie della Corte dei Conti)

Assicurazioni

ASSICURAZIONE I RISCHIO: Sì No

Compagnia: _____

Massimale: _____ Scadenza: _____

ASSICURAZIONE II RISCHIO: Sì No

Compagnia: _____

Massimale: _____ Scadenza: _____

ASSICURAZIONE COLPA GRAVE: Sì No

Compagnia: _____

ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE: Sì No

Compagnia: _____

(*): Attenzione si prega specificare la compagnia, non il Broker: Marsh, Willis, AON, Assimedici, Assita, etc sono brokers.

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

SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia)

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 _____

Cognome _____

Data _____

Firma leggibile _____

Si prega di inviare il modulo alla **SEGRETERIA SIOT** entro il 22 ottobre 2017:

SIOT - VIA Nicola Martelli 3 00197 Roma

Fax 06 80687266 e-mail: segreteria@siot.it

LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE