

Al Presidente ADOI, li _____

RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

E-mail _____

*Acconsento all'uso della mia mail per: attivazione **profilo personale ADOI**, invio **Newsletter e comunicazioni dell'Associazione** (corsi ECM, bandi, eventi, ecc.).*

ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI _____ NUMERO DI ISCRIZIONE _____

Specializzazione in Dermatologia e Venereologia conseguita nell'A.A. _____

presso l'Università _____

SEDE DI LAVORO: Ospedale, Clinica/Istituto Universitario, Ambulatorio Territoriale, Studio privato: _____

Città: _____ Indirizzo _____

Firma _____

SOCI RAPPRESENTATORI

1) Nome e Cognome

2) Nome e Cognome

Firma _____

Firma _____

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 e del consenso al trattamento dei miei dati personali.

Data _____ Firma _____

INFORMATIVAPRIVACY

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

- 1. Finalità del Trattamento** I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di espletamento delle pratiche relative alla attività dell'Associazione; tra cui Congressi, eventi Scientifici, bandi delle borse di studio etc.
- 2. Conferimento dei dati** Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono facoltativi e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta decadenza della candidatura.
- 3. Comunicazione e diffusione dei dati** I dati forniti potranno essere comunicati alle funzioni preposte alla pro cessazioni delle candidature; i dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione a terzi;
- 4. Titolare del Trattamento** Il titolare del trattamento dei dati personali è ADOI Associazione Dermatologi-Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica sede legale via Boezio 4/C- 00193 Roma. Tel./Fax: +3908241524502 email di contatto:info@adoi.it
- 5. Diritti dell'interessato** In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n.2016/679, il diritto di:
 - a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
 - b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
 - c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
 - d) ottenere la limitazione del trattamento;
 - e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico;
 - f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
 - g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone;
 - h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguarda o di opporsi a loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
 - i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
 - j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.
 - k) Può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata alla sede legale o all'indirizzo mail info@adoi.it.

CONSENSO PRIVACY

Vista l'informativa su riportata do il mio consenso al trattamento così espresso nell'informativa

DATA	NOMINATIVO	FIRMA DI ACCETTAZIONE