



Regione (indicare la regione di appartenenza): _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' OTODI

Si prega di compilare con chiarezza il presente modulo e di **spedirlo alla Segreteria Nazionale** (tel. 051 19936160 – Fax 051 19936700 – **segreteria@otodi.it**) che lo trasmetterà al Presidente Regionale per la registrazione nella banca Dati

Preso visione dello statuto, chiedo di essere iscritto/a, quale Socio Ordinario, alla Confederazione OTODI attraverso l'iscrizione alla mia Associazione Regionale su riportata Compilo il modulo con i miei dati, impegnandomi a comunicare ogni eventuale variazione.

Cognome e Nome

Nato/a a Il

Residente a CA.P Via

Studio prof. a CA.P Via

Recapiti telefonici :

Ab: Prefisso N Studio : Prefisso N

Cell Fax Email (in stampatello).....

Cod. Fisc. *Part. Iva.....

Titoli Accademici

Laureato Medicina/Chir. Università di..... Il

Specializzato in Ortopedia e Traumatologia Università diIl

*Altre Specializzazioni

Attività professionale

Ambulatoriale Si No

Casa di Cura Si No

Ospedaliero Si No

Libero professionista Si No

*Altre Istituzioni.....

*Altro.....

*Iscrizioni ad altre associazioni:(indicare quali).....

L'asterisco (*) indica le voci facoltative

Informativa ai sensi della Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 si informa che i dati personali raccolti sono trattati allo scopo di gestire l'adesione alla Società O.T.O.D.I. Il conferimento dei dati anagrafici è necessario ed il loro eventuale rifiuto impedisce l'adesione. La raccolta ed il trattamento dei dati personali è improntata ai principi della correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza del proprietario dei dati e dei suoi diritti.

I dati sono conservati in supporto cartaceo e su supporto informatico e vi ha accesso solo la segreteria della Società, incaricata del trattamento. I dati non sono comunicati a terzi.

Si rammenta che ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 l'interessato ha diritto di avere conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano, di rettificarli o aggiornarli, di cancellarli o di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento (per esercitare i propri diritti il proprietario dei dati può indirizzare una e-mail a info@adarteventi.com).

Titolare dei trattamenti è la Società O.T.O.D.I. c/o Rep. Ortopedia Viale Randi 5, 48121 Ravenna

Consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

L'apposizione della firma sotto riportata permette di proseguire nell'inserimento dei dati personali ed esprime il consenso alla raccolta, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per le finalità e con le modalità riportate nell'informativa che precede. Inoltre viene dato il consenso all'archiviazione nell'elenco regionale e nazionale:

- per le relative informazioni sulla vita associativa;
- per la spedizione della rivista o altre informazioni;
- per l'utilizzo dell'indirizzo e-mail per l'invio della newsletter dal sito ufficiale della Società (www.otodi.com);
- per l'immissione sul sito (www.otodi.com) alla voce "Cerchi il professionista"

si no

Data Firma

Segreteria Nazionale Soci O.T.O.D.I.: Ad Arte S.r.l. – Via G. Di Vittorio 2 – 40057 Cadriano di Granarolo E. (BO)
Tel. 051.19936160 Fax 051.19936700 - E-mail: segreteria@otodi.it sito: www.adarteventi.com