

Anno _____

Sede Regionale di _____

SIMEO

— DATI ANAGRAFICI

Cognome *

Nome *

[illegible]

Data di nascita * |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

[illegible]

Partita IVA

— CONTATTI

E-Mail * |

PEC (Indirizzo di posta elettronica certificata) | _ _ _ _ _

Cellulare |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefono studio | | | | | / | | | | | | | | | |

[illegible]

— LAUREA

Medicina ☐Odontoiatria ☐

— ISCRIZIONE ORDINE

Albo Odontoiatri:

[illegible]

Albo Medici:

Provincia * | | N. iscrizione * | | | | | | | | | |

— RESIDENZA

Indirizzo *

Città *

CAP* | | | | | | | Prov.* | | | |

Data / / Firma richiedente _____

Dichiaro di avere preso conoscenza dell' informativa Regolamento UE n. 679/2016 GDPR e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali che SIMEO effettuerà, anche in forma elettronica e/o automatizzata, all' esterno e per ogni rapporto collegato a quello relativo all' adesione alla SIMEO, purché inerente agli scopi istituzionali dell' Associazione. Autorizzo l' Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi associativi che possano essere realizzati con l' intervento di società e/o soggetti terzi rispetto al rapporto associativo. Presto il consenso inoltre per ogni forma di trattamento, ivi compresa la modificazione, l' integrazione e la cancellazione degli stessi. Prendo atto che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicurezza sulla tutela della riservatezza dei miei dati.

Firma per presa visione _____

— Come hai conosciuto SIMEO?

1 - Università []

2 - Internet []

3 - Social network []

4 - Colleghi []

5 - Corsi/convegni []

6 - Altro

* Campi obbligatori ai fini dell'iscrizione