



### Modulo di iscrizione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

professione  medico chirurgo (anno \_\_\_\_\_)  altro \_\_\_\_\_

specializzazione  dermatologia e venereologia (anno \_\_\_\_\_)  altro \_\_\_\_\_

attività professionale/Ente  casa di cura \_\_\_\_\_

clinica universitaria \_\_\_\_\_

ospedale \_\_\_\_\_

specialista ambulatoriale ASL \_\_\_\_\_

convenzionato SSN \_\_\_\_\_

dipendente \_\_\_\_\_

libera professione \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

**chiede di essere iscritto all'Associazione Dermatologi Campani con la qualifica di Socio a norma di Statuto.**

Dichiara di aver letto lo Statuto dell'Associazione, di condividerne i contenuti e di impegnarsi a rispettare i regolamenti in esso contemplati.

Indirizzi e recapiti telefonici delle sedi di lavoro (ai fini dell'inserimento sul sito web dell'Associazione)

aree di particolare interesse professionale  dermatologia pediatrica

dermatologia allergologica

dermatologia estetico-correttiva

dermochirurgia

venereologia

altro \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_



## **INFORMATIVA ALLEGATA AI MODULI DI ISCRIZIONE COME SOCIO ADECA**

### **Trattamento interno dei dati personali**

Ai sensi del GDPR 679/2016, il trattamento dei dati personali, rilasciati dall'interessato, sarà effettuato secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela alla riservatezza sancito dagli artt. 1, 2, 5 ss. e art. 13 del GDPR 679/2016. Tali dati saranno raccolti e trattati per garantire la corretta identificazione e registrazione, degli utenti, ai percorsi formativi ed altre attività connesse organizzate e realizzate da ADECA.

I dati saranno trattati per tutta la durata in cui l'interessato sarà associato ad ADECA, fermo restando il pieno diritto dello stesso a chiedere in qualunque momento tutto quanto garantito dal GDPR 679/2016, all'indirizzo e-mail [segreteria@dermatologicampani.it](mailto:segreteria@dermatologicampani.it)

**Acconsento** (*firma*) \_\_\_\_\_

### **Trasferimento e comunicazione dei dati personali verso soggetti terzi**

Si informa che i dati personali, potranno essere trasferiti e comunicati a terzi, attraverso esplicito consenso da parte degli interessati.

I dati, potranno essere trasferiti e/o comunicati esclusivamente a soggetti terzi che intrattengono relazioni di partnership con ADECA per finalità legate alle attività a valle dei percorsi formativi, previo accertamento da parte di ADECA, dell'adozione, da parte del destinatario, di una opportuna policy privacy

**Acconsento** (*firma*) \_\_\_\_\_