SICPRE

Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Compilare, salvare in pdf e spedire via e-mail all'indirizzo di segreteria segreteria@sicpre.it che la sottoporrà alla valutazione del Consiglio Direttivo

LE DOMANDE INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

Il/la sottoscritto/a_____

(indicare cognome e nome)

SOCI PRESENTATORI (devono essere 2 Soci Ordinari della Società, di cui uno della stessa regione del candidato)

_____

(nome in stampatello) (firma)

_____

(nome in stampatello) (firma)

SOLO PER GLI SPECIALIZZANDI:

SEDE E ANNO DI ISCRIZIONE_____

ANNO PREVISTO DI DIPLOMA_____

Nome e Cognome del Direttore della Scuola di Specializzazione:

_____

(NOME IN STAMPATELLO) (FIRMA E TIMBRO)

C H I E D E

di essere ammesso\a alla SICPRE – Società italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica in qualità di socio:

- ☐ Ordinario
- ☐ Ordinario neospecialista
- ☐ Aderente
- ☐ Specializzando

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), presa visione dello Statuto e del Regolamento Attuativo della società, ed accettate tutte le condizioni e prescrizioni in esso previste, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. DATI ANAGRAFICI:

Cognome e nome:
Data e luogo di nascita:
Residenza (Via, CAP, Città, Prov.):
Cellulare:
Indirizzo email:
indirizzo pec:

Indicare la Categoria di appartenenza:

- ☐ Universitario
- ☐ Ospedaliero
- ☐ Libero professionista
- ☐ Specializzando

2. DATI PROFESSIONALI:

Sede esercizio preminente:	
Reparto:	
Ruolo:	
Indirizzo (Via, Cap, Città, Prov):	
Tel.:	Fax:
Email:	

3. CURRICULUM VITAE:

Laurea:
Data:
Università

Iscrizione Ordine dei medici di:
Data:
Numero di iscrizione:

Specializzazione In Chirurgia Plastica:
Data:
Sede:

Altre specializzazioni:
Data
Sede

Data
Sede

Data
Sede

Società di cui il candidato è membro:

_____

Note:

_____
_____
_____
_____

SI ALLEGA FOTO

4. DICHIARA INOLTRE:

☐ di non aver subito condanne penali relative all'esercizio della professione negli ultimi tre anni.

Data_____

FIRMA_____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d. Lgvo n. 196/2003

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d. Lgvo n. 196/2003. I dati personali liberamente comunicati e da noi acquisiti in ragione dell'attività svolta da Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza per le seguenti finalità: iscrizione, gestione amministrativa e contabile della quota associativa, invio di newsletter e comunicazioni su congressi e iniziative organizzate e promosse da SICPRE, pubblicazione nel sito della Società. Il trattamento dei dati personali acquisiti viene eseguito: in modalità automatizzata (gestione dei dati mediante utilizzo di strumenti informatici) e/o in modalità cartacea (raccolta, registrazione, conservazione, utilizzo dei documenti mediante fascicoli, schede, raccoglitori e archivi). Il conferimento dei dati è necessario in quanto l'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità da parte della SICPRE di procedere all'espletamento dei compiti di cui sopra. I suoi dati verranno trattati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, attraverso le seguenti modalità: raccolta dei dati diretta presso l'interessato o mezzo strumenti elettronici quali la posta elettronica, i dati saranno raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi ed utilizzati in ulteriori operazioni di trattamento in termini compatibili con tali scopi, il trattamento verrà posto in essere con e senza l'ausilio di strumenti elettronici ed automatizzati, la conservazione dei dati avverrà in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non eccedente il periodo di appartenenza alla Società stessa. Il Titolare del trattamento dati è la Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica, con sede legale inviale Pasteur 65, 00144 Roma RM, nella persona de suo legale rappresentante il Presidente in carica.
Firmando la presente dichiaro di aver letto attentamente il contenuto dell'informativa da fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE nr. 679/2016 e di averne ricevuto copia.

Avvertenze

Le dichiarazioni di cui al presente modulo, se correttamente rese, hanno valore di autocertificazione (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni). Quindi, il candidato dovrà fornire con precisione tutti gli elementi necessari per consentire al Consiglio Direttivo SICPRE le opportune verifiche. Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art. 76, D.P.R. del 28/12/2000 n. 445). Il dichiarante mendace decade dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, D.P.R. n.445/2000).

Luogo e data_____FIRMA_____