



Prima iscrizione

Rinnovo

Anno

Medico-Chirurgo

Odontoiatra

Altro

SCHEDA ISCRIZIONE

(da trasmettere a gsatnagopuntura@gmail.com)

Cognome														
Nome														
Nato a								Prov.			II			
Codice Fiscale														
Indirizzo														
Città								Prov.			CAP			
Telefono Studio														
Mobile														
E-mail														
PEC														

Allego copia ricevuta di versamento iscrizione G.S.A.T.N. pari a € 50,00 sul c/c intestato a Banca Monte dei Paschi di Siena Spa filiale di Quartucciu con IBAN:

IT45 W010 3044 1200 0000 1047 174

Sono stato informato che riceverò via mail a iscrizione avvenuta la tessera nominativa. Prendo atto, con riferimento alla L. 196/03, che:

- ✓ La finalità del trattamento dei dati che mi riguardano sono quella previste dallo Statuto sociale e dal Regolamento del G.S.A.T.N.
- ✓ Le modalità del trattamento previste potranno essere manuali o elettroniche.
- ✓ Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Associazione presso la sede dell'Associazione stessa.
- ✓ Ai sensi dell'art. 13 della L. 197/03, trasmetto volontariamente al G.S.A.T.N. i dati sopra riportati ed esprimo il consenso al loro trattamento secondo quanto sotto riportato.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 - D. Lgs. 196/2003) - Con la presente La informiamo che i dati da Lei forniti o altrimenti acquisiti, sono raccolti e trattati a norma del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D. Lgs. 196/2003) e nel rispetto degli obblighi di sicurezza e di riservatezza, come di seguito indicato.

FINALITA' - I Suoi dati sono richiesti o raccolti e saranno utilizzati nell'ambito delle finalità istituzionali della ns. Associazione e per l'esecuzione dei ns. servizi accessori e di comunicazione, nonché per i relativi adempimenti contabili, amministrativi e fiscali previsti dalla Legge.

MODALITA' - I Suoi dati saranno trattati con modalità automatizzate e non automatizzate e su supporti cartacei e informatici, da parte di Soggetti da noi esplicitamente incaricati.

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI - Il conferimento dei Suoi dati, nonché il relativo consenso al trattamento, è facoltativo ma necessario per il raggiungimento delle finalità suesposte. Non è strettamente indispensabile, invece, il conferimento di eventuali dati aggiuntivi, che potranno essere forniti per migliorare le attività connesse alle finalità stesse del trattamento in questione.

CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI - Il mancato conferimento dei dati necessari comporta l'impossibilità di perseguire le suindicate finalità, mentre quello relativo a eventuali dati non indispensabili non pregiudicherà in alcun modo tali finalità.

CATEGORIE DI SOGGETTI A CUI I DATI POTRANNO ESSERE COMUNICATI - I Suoi dati saranno o potranno essere resi disponibili o comunicati a Medici o ad altri Operatori Sanitari, Enti o Istituzioni dello Stato che devono occuparsi dello studio, dell'analisi o della cura delle patologie riguardanti l'Interessato stesso e che svolgono attività in outsourcing o in collaborazione con la ns. Associazione, o attività di natura Professionale, Contabile, Legale, Amministrativa, Bancaria, Assicurativa, Informatica, ecc., per ns. conto. Potranno inoltre venire a conoscenza dei Suoi dati gli Organismi o Enti dello Stato nei cui confronti siamo tenuti, per Legge, a farne comunicazione.

AMBITO DI DIFFUSIONE DEI DATI - I Suoi dati non saranno oggetto di diffusione, se non, eventualmente, in maniera anonima attraverso stampati, supporti informatici o mediante il web.

DATI SENSIBILI - La informiamo che, nell'ambito della ns. attività, potremmo venire a conoscenza di dati sensibili che riguardano Lei o altri Soggetti a Lei collegati, dati, cioè, idonei a rivelare, soprattutto, lo stato di salute. Tali specifici dati saranno trattati nel rigoroso rispetto delle norme di sicurezza e riservatezza previste dal Codice per la Protezione dei dati personali. Per tali dati è richiesta la manifestazione esplicita e per iscritto del consenso al loro trattamento.

DIRITTI - Lei potrà, in qualunque momento conoscere l'origine e il contenuto dei Suoi dati, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Per esercitare tali diritti potrà rivolgersi al Titolare / Responsabile di seguito indicato.

ESTREMI DEL TITOLARE/RESPONSABILE - Il Titolare del trattamento dei dati è:

GSATN – Gruppo di Studio Agopuntura e Terapie Naturali

ACCETTAZIONE E CONSENSO

Il/la Sottoscritto/a presa attenta visione della presente Informativa,

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali secondo le finalità e le modalità qui esposte

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

la comunicazione dei propri dati personali secondo come sopra esposto

L'interessato/a

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

Data _____ Firma leggibile _____

ESTENSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Il/la Sottoscritto/a, presa attenta visione della presente Informativa,

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati sensibili secondo le finalità e le modalità qui esposte

Data _____

Firma leggibile _____