



IL SOTTOSCRITTO  
COGNOME / NOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TEL.CELL \_\_\_\_\_ TEL.DI STUDIO \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Laureato in Medicina-Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso la Università di \_\_\_\_\_

Iscritto presso l'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Chiede  
**di iscriversi alla Associazione UMAB per l'anno**

**Firma.....**

E versa la quota di **Euro 60** sul CC della associazione con dati  
**IBAN IT02D0311154230000000015123**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 11 DELLA LEGGE 675/96 E DEL REG.UE 2016/679**

*Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ presta il proprio consenso a che i propri dati personali vengano immessi nel libro soci dell'UMAB e della FISA a cui aderisce l'UMAB.*

*Ai sensi dell'art. 10 della legge 675 e dell'art.13 del Reg.UE 2016/679 dichiaro di aver ricevuto e compreso l'informativa di cui all'Art.13 e presta il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata normativa per le finalità e per la durata precisati nell'informativa: sono stato preventivamente informato che:*

a) i miei dati personali sono conservati e custoditi sul libro soci, (raccolti e memorizzati al fine del trattamento informatico) per gli adempimenti connessi all'attività dell'Associazione;

b) detti dati verranno trattati con la massima riservatezza e verranno comunicati esclusivamente nell'ambito dei diversi settori dell'UMAB e della FISA per finalità interne, con esclusione di ogni diffusione e comunicazione a soggetti terzi alla stessa Associazione se non con il mio espresso consenso come prescritto dall'art. 20, comma 1° lettera a) della legge;

c) in relazione al trattamento dei miei dati personali, posso esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge 675.

d) accetto l'invio periodico di circolari/newsletter inerenti seminari di aggiornamento, percorsi formativi ed event collegati al'Umab e alla Fisa

--Accetto

--non accetto

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da rinviare firmata alla email:[umab@sergioperini.it](mailto:umab@sergioperini.it) o al numero di fax 030-9966393