

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA**  
PO03A01 rev.4

(*Restituire alla S.I.A.:* Via L. Bellotti Bon n. 10 - 00197 Roma tel 06 80691301 fax 06 80660226 - e-mail: sia@andrologiaitaliana.it)

**Allegare alla domanda un breve curriculum vitae (formato europeo), fotocopia degli attestati di laurea e specializzazione se conseguita (più fotocopie di attestati e titoli che si desidera presentare).**

- Socio Ordinario** (specialista in Andrologia / Urologia / Endocrinologia o specializzando in Urologia / Endocrinologia)
  
- Socio Straordinario** (Oltre ai medici di altre discipline, anche i laureati dei corsi di laurea magistrale in: Biologia, Biotecnologie mediche veterinarie e farmaceutiche, Farmacia e Farmacia industriale, Psicologia).

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

***Indirizzo per recapito postale:***

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

E-mail PEC \_\_\_\_\_

**Laurea in Medicina e Chirurgia**

Luogo \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**Specializzando in** \_\_\_\_\_

**Specializzazioni:**

Specializzazione in \_\_\_\_\_

Università \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_

Università \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**SOCI ORDINARI SIA GARANTI**

Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza:**

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**Indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza):**

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**N. Iscrizione all'Ordine dei Medici:** \_\_\_\_\_

**Altri titoli:** (*master, corsi, etc..*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Struttura dove viene svolta l'attività professionale principale**

Ospedale      Università      A.S.L.      Studio Privato      Altro

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_

**Attività professionale svolta anche:**

**A) Pubblico**

Università \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_

Casa di cura accreditata \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Con la qualifica di \_\_\_\_\_

**B) Privato**

Studio \_\_\_\_\_

Casa di cura privata \_\_\_\_\_

Poliambulatorio \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

In ottemperanza al Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, Le comuniciamo che la **Società Italiana di Andrologia** è in possesso dei suoi dati che verranno trattati in base alle disposizioni di legge.

**PROSPETTO INFORMATIVO SUL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N. 196**  
(tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati)

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali, la Società Italiana di Andrologia è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

**Fonte dei dati personali**

I dati, in possesso della Società, sono stati forniti direttamente dai soci.

**Finalità**

Invio di informazioni sulle attività della Società o attività di ricerca; ricerche statistiche

**Modalità di trattamento**

In relazione alle finalità indicate, il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, correlate alle finalità stesse, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

**Titolare del Trattamento**

Il titolare del trattamento è la Società Italiana di Andrologia, in persona del legale rappresentante p.t, domiciliato agli effetti della presente nota informativa presso la sede dell'Associazione.

**Categorie dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati**

Per la spedizione del materiale informativo e per l'invio sulla Rivista, la Società si avvale della collaborazione di ditte specializzate.

**Diritti di cui all'art. 7**

Informiamo infine, che l'art. 7 del Decreto Legislativo conferisce al professionista l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tale dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento stesso.

Cognome e nome	
----------------	--

In riferimento alla nota informativa, da voi inviata ai sensi del D.LGS 196/03, restituisco questo modulo di consenso debitamente compilato.

Per quanto riguarda il trattamento dei miei dati ovvero l'utilizzo della mia immagine, da parte della Società, per l'invio di informazioni sulle attività della società

nego il consenso ( )	do il consenso ( )
data .....	firma .....

Per quanto riguarda il trattamento dei miei dati ovvero l'utilizzo della mia immagine, da parte della Società, per attività di ricerca, ricerche statistiche

nego il consenso ( )	do il consenso ( )
data .....	firma .....

Per la segnalazione ed il trattamento dei miei dati a istituzioni nazionali e internazionali, tramite lettere o sistemi automatizzati di comunicazione, che hanno le stesse finalità della S.I.A.

nego il consenso ( )	do il consenso ( )
data .....	Firma .....

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_