

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA**

PO03A01 rev.3

(*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** (in possesso di laurea specialistica di area bio-psico-medica, o altra laurea specialistica, tutti con attestazione, rilasciata da una struttura pubblica ovvero da un centro verificato dal Comitato Esecutivo, di aver svolto attività andrologica per almeno 3 anni)  
Ha svolto 3 anni di attività andrologica presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (da compilare solo per richiesta a qualifica di Socio Straordinario)

**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 comunichiamo 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 \_\_\_\_\_