foto

Segretariato Italiano Studenti Medicina

Modulo d'iscrizione

Sede locale di .....
Anno accademico ..... / .....

SCRIVERE IN MAIUSCOLO

N° tessera SISM
|__|__|__|__|
N° progressivo
.....
N° di matricola
.....

DATI PERSONALI DELRICHIEDENTE

Cognome ..... Nome .....
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M F Anno di corso .....
Nato a ..... Provincia ..... Nazione ..... il .....
Domiciliato in ..... Via ..... C.A.P..... Provincia ..... Nazione .....
Telefono ..... Cellulare ..... Indirizzo e-mail (maiuscolo) .....
Documento d'identità ..... Numero .....
Rilasciato da ..... il ..... Luogo di rilascio .....

Presa visione dello Statuto Nazionale, dello Statuto di Sede Locale, del Regolamento Interno, del Bando di concorso Clerkship & Research Exchange e al Regolamento rimborsi Clerkship & Research Exchange, accetta di allinearsi ai principi ispiratori del SISM e a quanto è previsto dalle norme vigenti nell'associazione e richiede di essere iscritto alla Sede Locale SISM di ..... in qualità di socio ordinario.

Data ..... Firma del richiedente .....

RISERVATO AI PARTECIPANTI ALLA CAMPAGNA SCAMBI

Richiede, inoltre, di essere ammesso a sostenere la prova di lingua: .....
che, secondo il Bando di concorso Clerkship & Research Exchange e al Regolametno rimborsi Clerkship & Research Exchange del SISM, costituisce titolo necessario per partecipare alla Campagna Scambi dell'anno ..... Il luogo e la data della prova di lingua verranno comunicati mediante affissione di avviso presso la Sede Locale del SISM.

Iscrizione a concorso: □ Professional Clerkship □ Research Exchange □ entrambi

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali che la riguardano, depositati presso la banca dati elettronica e cartacea del Segretariato Italiano Studenti in Medicina, viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 675/96 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui le garantiamo la massima riservatezza e tutti i diritti ad essi relativi citati nell'art. 13 della Legge 675/96, è effettuato a scopi d'ufficio, statistici ed al fine di aggiornarla sulle iniziative e per la divulgazione delle convenzioni del SISM. I suoi dati non saranno comunicati a terzi e per essi lei potrà richiedere in qualsiasi momento la cancellazione, scrivendo all'Ufficio Nazionale del SISM, Padiglione Nuove Patologie, Policlinico Sant'Orsola, via Massarenti 9, 40138 Bologna oppure contattando l'Incaricando Locale della propria Sede Locale.
Il richiedente dà il consenso per il trattamento dei dati personali da parte del SISM: □ sì (*)
(*) in caso di rifiuto l'iscrizione non può essere conclusa.

Data ..... Firma del richiedente .....

□ Desidero essere iscritto alla newsletter del SISM (newsletter-sism@googlegroups.org) - è' la newsletter ufficiale del SISM a cui vengono iscritti tutti i soci dell'Associazione ed ha lo scopo di divulgare le principali informazioni ed attività dell'Associazione e delle associazioni partner.

Firma del Responsabile (Incaricato Locale) SISM _____

Segretariato Italiano Studenti Medicina. Padiglione Nuove c/o Patologie Policlinico Sant'Orsola, via Massarenti 9, 40138 Bologna
tel/fax: +39 051 399507 e-mail: nationaloffice@sism.org web-page: www.sism.org