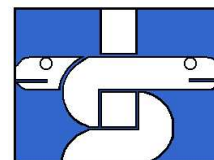


S.I.S.M.
Segretariato Italiano Studenti in Medicina
Sede Locale di Roma La Sapienza



Certificato Iscrizione

Nome: _____ **Cognome:** _____
Nato il: _____ **a:** _____
Ateneo: Roma La Sapienza
Matricola: _____ **Anno di immatricolazione:** _____ **CCL:** _____
e-mail: _____
telefono: _____ **cellulare:** _____
Via: _____ **n°:** _____
CAP: _____ **Città:** _____ **Provincia:** _____

Iscritto anno: _____ **Tessera n°:** _____ **Data:** _____

NB: con l'iscrizione si aderisce automaticamente al "Progetto Orientamento" promosso dal S.I.S.M.

Informativa ai sensi dell'Art. 10 L.975/96 a tutela della Privacy. Titolare del trattamento è l'Associazione S.I.S.M. c/o Policlinico Sant'Orsola, Istituto Nuove Patologie, Via Massarenti n°9, 40138 Bologna (BO). Lei potrà esercitare i diritti di cui all'Art. 13 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento ecc.) rivolgendosi direttamente a : "Responsabile del Database Progetto Orientamento" del S.I.S.M. c/o Policlinico Sant'Orsola, Istituto Nuove Patologie, Via Massarenti n°9, 40138 Bologna (BO). Garanzia di Riservatezza: i suoi dati personali saranno trattati in forma informatizzata al solo fine di prestare il servizio in oggetto, che comprende la partecipazione al Progetto Campagna Scambi, l'invio di informazioni riguardanti la Didattica Universitaria ad ogni livello e le attività organizzate e promosse dal S.I.S.M. con modalità strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza, tuttavia, non potremo dar corso al servizio. I dati non saranno divulgati. Consenso ai sensi dell'Art. 11. Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa e di acconsentire all'utilizzo dei propri dati con le prescritte modalità e per i summenzionati scopi.

Firma per accettazione: _____

Firma dell'Incaricato Locale del S.I.S.M. S.L. Roma La Sapienza: _____

Progetto Caritas

Per partecipare al Progetto Caritas, secondo le Norme previste dal Bando di Concorso relativo (vedi: www.sismsapienza.org), è necessario:

- **essere ISCRITTI al S.I.S.M.:**

l'iscrizione può essere effettuata mediante versamento di euro 7 (sette) sul C/C n. 53114039, intestato a: **SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI DI MEDICINA SEDE LOCALE DI ROMA "LA SAPIENZA" – causale: Quota Associativa.**

La ricevuta del versamento va spillata al Presente Certificato di Iscrizione.

- **Consegnare il presente Certificato di Iscrizione al S.I.S.M., compilato e firmato (con annessa ricevuta di versamento di cui sopra);**
- **consegnare l'Application Form Progetto Caritas, compilata in tutte le sue parti.**

NB: i sopraccitati moduli possono essere consegnati presso la Sede del S.I.S.M. (Aula Marta Russo, Policlinico Umberto Primo), *oppure* possono essere messi nella cassetta della posta dell'Aula Marta Russo; **non** verranno considerate valide le Application Form cui non siano allegati il presente Certificato di Iscrizione e la ricevuta di versamento. Se si è già iscritti al S.I.S.M. (per l'anno accademico in corso), è sufficiente l'Application Form.

Firma per accettazione: _____