



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 DEL RICHIEDENTE

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
Preso 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 Regolamento 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 dal Dlgs 196/2003 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 del Dlgs 196/2003, 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 _____