



**ASSOCIAZIONE LAZIALE  
ORTOPEDICI TRAUMATOLOGI  
OSPEDALIERI**

---

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

3 Soci presentatori  
(NOME/COGNOME/FIRMA)

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

Il Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Località e CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**chiede di essere ammesso a far parte della Associazione Laziale Ortopedici Traumatologi Ospedalieri in qualità di Socio Ordinario**

Anno di laurea (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Sede esercizio attività \_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede \_\_\_\_\_

CAP e Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**dichiara** (*barrare la casella*) :

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento della Società ([www.aloto.it](http://www.aloto.it))

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**INVIARE IL MODULO ALLA A.L.O.T.O. - Via Nicola Martelli, 3 - 00197 Roma**

**SEGUE**

**LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE**

*Informativa e Consenso Soci*

**Oggetto: INFORMATIVA ex artt. 13 e 161 D.Lgvo 30 Giugno 2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".**

Gentile Dottore/Dottoressa,

la informiamo che i dati personali che richiediamo sono essenziali ai fini della prestazione dei servizi cui hanno diritto gli associati. Sono trattati, sia in modo informatizzato che cartaceo, per permettere il regolare svolgimento dell'incarico commissionatoci, nel pieno rispetto della normativa in materia e nel Suo stesso interesse.

**La rassicuriamo che daremo luogo alle sole comunicazioni necessarie per l'adempimento del servizio o imposteci da disposizioni di legge. L'eventuale elaborazione dei dati da parte di terzi (con la conseguente conservazione presso le loro sedi) e, in generale, l'affidamento a terzi di operazioni di trattamento, avverranno sulla base di adeguate nomine a "responsabile" o ad "incaricato".**

Se desidera maggiori informazioni può contattarci al n. 06 80691593.

Verrà prontamente evasa qualunque richiesta, anche via fax al n. 06 80687266, di esercizio dei diritti di cui all'art. 8 D.Lgvo n. 196/2003.

Attraverso il Nostro Responsabile del trattamento, reperibile presso la sede, può accedere ai Suoi dati personali, per verificarne l'utilizzo o, eventualmente, per correggerli, aggiornarli ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento.

**In fede**

**A.L.O.T.O. (Associazione Laziale Ortopedici Traumatologi Ospedalieri)**

Ricevuta la dettagliata Informativa il sottoscritto \_\_\_\_\_  
esprime attraverso la barratura dell'appropriata casella, libero consenso (SI) / diniego (NO) al trattamento ed all'eventuale comunicazione dei dati personali, inclusi quelli sensibili, per le finalità e secondo le modalità specificate nell'Informativa ricevuta.

In caso di diniego non saremo in grado di prestare servizi quali recapito riviste, comunicazioni sui congressi e servizi riservati ai Soci.

**SI**

**NO**

*Nome e Cognome*

*Firma*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data .....

**SEGUE**

**LE DOMANDE ILLEGIBILI O INCOMPLETE NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE**