

MODALITÀ DI ISCRIZIONE NUOVI SOCI A.I.S.F.

1. La domanda di iscrizione deve essere corredata dal versamento della quota e può essere presentata dal 1° Gennaio di ciascun anno. All'atto del versamento della quota verrà rilasciata la ricevuta del pagamento. In caso di non accettazione della domanda verrà restituita la somma versata.
2. La domanda presentata a ridosso della Riunione Generale Annuale o direttamente in sede congressuale viene considerata accettata in via provvisoria, pertanto, il candidato potrà seguire le sessioni scientifiche e ricevere il materiale congressuale ma non potrà partecipare all'Assemblea Ordinaria dei Soci e/o all'elezione per il rinnovo del Comitato Coordinatore A.I.S.F..
3. Per accedere in qualità di Socio alla Riunione Monotematica A.I.S.F., e quindi gratuitamente, la domanda dovrà pervenire entro 1° Giugno di ciascun anno. Superata questa data dovrà versare agli organizzatori della Monotematica la quota di iscrizione nella misura da loro stabilita.
4. La quota associativa per l'esercizio sociale corrente è pari a **€ 35,00** per i Soci di età inferiore ai 35 anni e di **€ 95,00** per i Soci di età superiore ai 35 anni. (La quota associativa è valida da Gennaio a Dicembre di ogni anno).
5. La qualifica di Socio Le dà diritto a ricevere periodicamente le comunicazioni relative alle attività promosse dall'Associazione, all'abbonamento on line gratuito del giornale "Digestive and Liver Disease", alla partecipazione gratuita alle Riunioni Istituzionali "Riunione Generale Annuale", "Riunione Monotematica", "Special Conference" e all'utilizzo gratuito dell'App di A.I.S.F.

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'A.I.S.F.

(da compilare in stampatello)

Dr./Prof. _____ **Cognome** _____ **Nome** _____

Codice Fiscale |_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||

Nato/a a _____ il |_||_||_||_||_||

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Residente in _____ N° Civico _____

Città _____ CAP |_||_||_||_||_|| Prov. |_||_||

Domicilio Fiscale _____ N° Civico _____

Città _____ CAP |_||_||_||_||_|| Prov. |_||_||

Laurea in _____

Specializzazione in _____

Specializzando in _____

Istituzione od Unità Operativa di appartenenza:

Con la qualifica di _____

Indirizzo postale completo dell'Istituzione od Unità Operativa:

Città _____ CAP |_||_||_||_||_|| Prov. |_||_||

BREVE CURRICULUM VITALE

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di volermi iscrivere all'A.I.S.F. e consapevole delle conseguenze penali e civili derivanti da false attestazioni, dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra esposto corrisponde al vero; dichiaro altresì di ben conoscere lo Statuto ed il Regolamento dell'A.I.S.F. che mi impegno ad osservare in ogni loro parte.

Data ____/____/____

Firma _____

NOTA DI PRESENTAZIONE DI DUE SOCI A.I.S.F.

Io sottoscritto _____, Socio A.I.S.F., ritengo che _____ possa dare un valido contributo alle attività dell'Associazione, condividendone lo spirito, le finalità e lo Statuto e ne sottoscrivo pertanto la domanda di iscrizione.

Firma

Io sottoscritto _____, Socio A.I.S.F., ritengo che _____ possa dare un valido contributo alle attività dell'Associazione, condividendone lo spirito, le finalità e lo Statuto e ne sottoscrivo pertanto la domanda di iscrizione.

Firma

Spazio riservato al Comitato Coordinatore A.I.S.F.

NOTA INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS 196/2003 E SEGUENTI INTEGRAZIONI

Gentile Dottore,

Desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, La informiamo che i dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- [a] Finalità strettamente connesse e strumentali legate alla gestione del rapporto associativo, per espletare la **procedura di iscrizione, per la partecipazione ai congressi e per l'adempimento dei compiti statutari.**
- [b] Finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge (**adempimenti amministrativi, contabili ed ECM**).
- [c] Inserimento del proprio nominativo nell'elenco dei centri epatologici nazionali, nell'apposita pagina ad esso dedicata nel sito dell'Associazione.
- [d] Finalità connesse ad iniziative commerciali e all'invio di materiale informativo, anche mediante l'uso della posta elettronica.
- [e] Diffusione dati personali a fini commerciali ed altre segreterie scientifiche ed organizzative.

Il trattamento verrà effettuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati.

Il conferimento dei dati per le finalità su indicate è:

- **obbligatorio, lettere a) e b);** - **facoltativo, lettera c) d) e)**

Solo l'eventuale rifiuto di fornire i dati di cui alle lettere **a) e b)** o alla comunicazione di dati a soggetti esterni potrebbe comportare la **mancata o parziale prosecuzione del rapporto.**

I dati saranno trattati esclusivamente da dipendenti, collaboratori, dirigenti, amministratori, sindaci in ragione delle mansioni loro attribuite; per l'adempimento degli scopi statutari potrebbero essere comunicati a Enti, Associazioni e Organizzazioni, Centri di ricerche nonché a soggetti esterni per la tenuta della contabilità o a soggetti che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di normativa secondaria o comunitaria. Inoltre, potranno essere coinvolti soggetti esterni per lo svolgimento di attività collegate e collaterali. I dati non saranno oggetto di diffusione, fatta eccezione per eventuali comunicati stampa contenenti gli interventi effettuati risultanti dagli atti dei congressi.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs.196/2003. Il titolare del trattamento è: A.I.S.F. – Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, con sede in Roma, in Via G. Nicotera n. 29, nella persona a ciò preposta dalla Segreteria, sita in Roma, V. A. Catalani, 39.

CONSENSO DELL'INTERESSATO

Io sottoscritto/a _____

Residente in _____

CAP _____ CITTA' _____ PR (____)

ai sensi e per gli effetti del D.L.gs 196/2003 e successive integrazioni, dichiaro di avere attentamente e consapevolmente letto la comunicazione che precede, ed esprimo il mio consenso alle operazioni di trattamento dei dati personali da parte Vostra.

Firma

punti **a) b)**

punti **c) d) e)**
