



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

### INFORMAZIONI PERSONALI - COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Titolo ☐ Prof/Prof.ssa ☐ Dott./Dott.ssa ☐ Sig./Sig.ra

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Sesso ☐ M ☐ F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Nazione \_\_\_\_\_

### RECAPITO POSTALE (Invio corrispondenza)

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. / Cellulare \_\_\_\_\_

### ALTRI CONTATTI

(tutte le comunicazioni associative verranno inviate tramite e-mail)

Email\_1 \_\_\_\_\_

Email\_2 \_\_\_\_\_

## ISCRIZIONE A DUE GRUPPI DI STUDIO

➔ per scegliere i GdS ➔ <https://www.aiponet.it/l-associazione/organizzazioni/gruppi-di-studio.html>

Primo Gruppo di Studio \_\_\_\_\_

Secondo Gruppo di Studio \_\_\_\_\_

## STRUTTURA OSPEDALIERA E/O DEL TERRITORIO DI AFFILIAZIONE LAVORATIVA

Struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Tel. Struttura \_\_\_\_\_

Tel. Reparto \_\_\_\_\_

Email Reparto \_\_\_\_\_

Web Reparto \_\_\_\_\_

Dipendente ☐

Libero Professionista ☐

Convenzionato ☐

## QUALIFICHE E SPECIALIZZAZIONI

Qualifica \_\_\_\_\_

Pos. Lavorativa \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_

## ALTRE INFORMAZIONI

Iscrizioni ad altre Associazioni/Società Scientifiche o Professionali:

---

Cariche attualmente ricoperte in altre Associazioni/Società Scientifiche o Professionali:

---

---

**SPECIALIZZANDO ➔ BARRARE L'OPZIONE**

**SI**

**COMPILARE L'AUTOCERTIFICAZIONE A PAGINA 4**

*oppure*

ALLEGARE L'ATTESTATO DI FREQUENZA RILASCIATO DAL PROPRIO  
ATENEIO UNIVERSITARIO

**NO**

**COMPILARE L'AUTOCERTIFICAZIONE A PAGINA 5**

## AUTOCERTIFICAZIONE RISERVATA A **MEDICI SPECIALIZZANDI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. n.445 del 28/12/2000 art.46)

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75,76 D.P.R.n.445 del 28/12/2000)

### **DICHIARA**

di essere stata/o iscritta/o presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ per

l'Anno Accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_ all'anno ① ② ③ ④ (barrare) della scuola di

specializzazione in \_\_\_\_\_.

La/Il sottoscritta/o dichiara/o che si è immatricolata/o nell'anno \_\_\_\_\_ alla scuola di specializzazione in **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO** (SAS-5517 - Classe Medicina clinica generale e specialistica di cui al D.L.68/2015) nell'Anno Accademico \_\_\_\_/\_\_\_\_, presso Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

La durata del corso è di QUATTRO ANNI.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i propri dati personali saranno trattati dall'Ente ricevente per assolvere agli scopi istituzionali ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali 2016/679 e della normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono (articolo 15 Legge 12 novembre 2011, n. 183).



**AUTOCERTIFICAZIONE RISERVATA A**  
**MEDICI IN POSSESSO DI SPECIALIZZAZIONE**

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

In via/piazza \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di svolgere la propria attività lavorativa presso:

\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## QUOTE DI ISCRIZIONE

**BARRARE**

**DESIDERO ISCRIVERIMI AD AIPO-ITS/ETS - ANNO SOLARE 01/01 – 31/12  
TOTALE € 80,00**

**BARRARE**

**DESIDERO ISCRIVERIMI AD AIPO-ITS/ETS - ANNO SOLARE 01/01 – 31/12  
E INTEGRARE LA QUOTA EAACI (€ 30,00) - TOTALE € 110,00**

**BARRARE**

**DESIDERO ISCRIVERIMI AD AIPO-ITS/ETS - ANNO SOLARE 01/01 – 31/12  
E INTEGRARE LA QUOTA WABIP (€ 5,00) – TOTALE € 85,00**

**BARRARE**

**DESIDERO ISCRIVERIMI AD AIPO-ITS/ETS - ANNO SOLARE 01/01 – 31/12  
E INTEGRARE LE QUOTE EAACI E WABIP – TOTALE € 115,00**

## MODALITA' DI PAGAMENTO

### CARTA DI CREDITO (MODALITA' ONLINE)

Dall'area riservata in Aiponet utilizzando le personali credenziali selezionare dal prospetto delle quote l'anno prescelto e cliccare su **“Procedi al pagamento”**.

### BONIFICO BANCARIO

INTESTATO A:

AIPO - ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI ONLUS

INTESA SAN PAOLO SPA - MILANO

IBAN – IT63 J030 6909 6061 0000 0119 747

SWIFT / BIC – BCITITMM

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Legislativo  
n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (General Data  
Protection Regulation - GDPR)**

Egregio Dottore/Gent.ma Dott.ssa,

ai sensi delle norme sopra citate (di seguito il "GDPR"), La informiamo con la presente in merito al trattamento dei Suoi dati personali da parte di AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore.

**1. Finalità e modalità del trattamento**

I Suoi dati personali che compaiono nella scheda di iscrizione ad AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore, da noi raccolti saranno trattati con strumenti cartacei e/o elettronici, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, pertinenza, non eccedenza e tutela dei Suoi diritti, per registrare nei database Soci la Sua iscrizione oltre che per adempiere ad obblighi normativi, regolamentari o deontologici. Previo Suo espresso consenso, i dati personali di cui sopra potranno essere utilizzati per trasmetterle informazioni e/o documentazione circa attività di AIPO-ITS/ETS iniziative legate a tali attività quali App, siti internet, Newsletter. Tutte le già menzionate attività saranno svolte in conformità alla normativa vigente. Le precisiamo che il trattamento non concerne dati sensibili e/o giudiziari. Per il raggiungimento delle finalità sopra indicate i Suoi dati personali saranno organizzati in apposite Banche Dati, mediante supporti cartacei ed informatici e nel rispetto delle disposizioni, anche attuative, previste dal Regolamento e, in particolare, delle misure di sicurezza, ai sensi degli artt. 31-35 e dell'Allegato B del Regolamento e con l'osservanza di ogni misura cautelativa e idonea che ne garantisca la relativa riservatezza e sicurezza. I Suoi dati personali saranno trattati dal titolare, dai responsabili e dagli incaricati di AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore, ovvero da soggetti terzi che svolgono attività strumentali per il perseguimento delle finalità sopra indicate, anche all'estero, compresi paesi extra UE, nel rispetto della normativa vigente. In tal caso i soggetti terzi sono individuati tra coloro che per esperienza, capacità e affidabilità forniscano idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza. Tali soggetti, in tal caso, sono designati quali responsabili del trattamento ed il loro elenco aggiornato è disponibile in ogni momento contattando il titolare.

**2. Natura della raccolta dei dati e conseguenze di un eventuale mancato conferimento**

Il conferimento dei Suoi dati personali per le finalità indicate nel paragrafo precedente è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di svolgere le attività.

**3. Comunicazione e diffusione dei dati**

I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi.

I Suoi dati personali, per le finalità indicate nel punto 1, potranno essere comunicati a:

- partner delle iniziative promosse da AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore per le finalità di cui al paragrafo 1;
- ad enti e/o istituzioni per adempiere agli obblighi previsti dalle norme di legge civilistiche e fiscali, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria.

**4. Diritti dell'interessato**

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare o del Responsabile del trattamento ai sensi degli artt. 7 e seguenti del Regolamento. I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità, anche per il tramite di un incaricato, al Titolare o ai Responsabili mediante lettera indirizzata a AIPO-ITS/ETS – Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society/Ente del Terzo Settore – Via A. Da Recanate, 2 – Milano o inoltrando un'e-mail all'indirizzo ([privacy@aiporicerche.it](mailto:privacy@aiporicerche.it)). Alla richiesta sarà fornito idoneo riscontro senza ritardo.

**5. Titolare e responsabili del trattamento: AIPO-ITS/ETS**

L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è disponibile presso la sede legale dei Titolari e sarà fornito previa richiesta scritta. I responsabili del trattamento sono domiciliati ai fini della già menzionata informativa presso la sede legale del rispettivo titolare.

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

IL SOTTOSCRITTO/A

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

dichiara di aver letto l'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate dall'informativa.

☐

ACCETTO

☐

NON ACCETTO

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_