



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

(Si prega di compilare il modulo in stampatello e in tutte le sue parti)

Il/La sottoscritto/a    Prof.     Prof.ssa     Dott.     Dott.ssa

**Presidente:**

Franco Grimaldi

**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_

**Presidente Eletto:**

Renato Cozzi

**INDIRIZZO ENTE**

Ente/Istituto di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Past President:**

Edoardo

Guastamacchia

**Consiglieri:**

Vincenzo Di Donna

Micaela Pellegrino

Barbara Pirali

Francesco Scavuzzo

Agostino Specchio

**INDIRIZZO E-MAIL**

e-mail (si prega di scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_

**Segretario:**

Agostino Paoletta

**Tesoriere:**

Salvatore Monti

**INDIRIZZO STUDIO PRIVATO**

Studio \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO ABITAZIONE**

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO PER CORRISPONDENZA**

Si prega di indicare a quale dei seguenti indirizzi si desidera ricevere la corrispondenza

Ente

Studio

Abitazione



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Laurea \_\_\_\_\_ Anno di laurea \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_ Anno di specializzazione \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI PROFESSIONALI**

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

Breve curriculum:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**INDICARE QUALI DELLE SEGUENTI AREE DI INTERESSE CLINICO OCCUPA PIÙ DEL 50% DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (indicare una sola risposta):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia generale e Metabolismo | <input type="checkbox"/> Diabetologia              |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia Chirurgica             | <input type="checkbox"/> Endocrinologia Pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia della Riproduzione     | <input type="checkbox"/> Altro _____               |

**AREE DI INTERESSE CLINICO (indicare al massimo 3 aree):**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetologia                      | <input type="checkbox"/> Ipertensione e surrene | <input type="checkbox"/> Oncologia endocrina |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia pediatrica         | <input type="checkbox"/> Ipotalamo-ipofisi      | <input type="checkbox"/> Obesità             |
| <input type="checkbox"/> Fisiopatologia della riproduzione | <input type="checkbox"/> Metabolismo minerale   | <input type="checkbox"/> Tiroide             |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                       |   |  |



#### APPARTENENZA A SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- |                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> AACE  | <input type="checkbox"/> SID                   | <input type="checkbox"/> SIOMMMS                      |
| <input type="checkbox"/> SIE   | <input type="checkbox"/> SIMEL                 | <input type="checkbox"/> SIAMS                        |
| <input type="checkbox"/> SIO   | <input type="checkbox"/> The Endocrine Society | <input type="checkbox"/> American Thyroid Association |
| <input type="checkbox"/> AMD   | <input type="checkbox"/> ESE                   | <input type="checkbox"/> AIT                          |
| <input type="checkbox"/> FADOI | <input type="checkbox"/> SIO                   | <input type="checkbox"/> SIUMB                        |

Altre: \_\_\_\_\_

#### ISCRIZIONE AME

- |                                 |                |         |                          |
|---------------------------------|----------------|---------|--------------------------|
| Quota associativa AME (annuale) | soci > 38 anni | € 80,00 | <input type="checkbox"/> |
|                                 | soci < 38 anni | € 50,00 | <input type="checkbox"/> |

#### MODALITA' DI PAGAMENTO

**Con bonifico bancario intestato a** (si prega di allegare la fotocopia del bonifico effettuato):  
AME Associazione Medici Endocrinologi ETS- Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia  
Agenzia dell'Ospedale - **CIN F ABI 06340 CAB 12399 C/C 100000003426**  
**IBAN IT42 F063 4012 3991 0000 0003 426**

Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, dovrà essere inviato al

**Presidente AME, Dott. Franco GRIMALDI**

c/o **Segreteria AME** Vicolo Sottomonte, 34 - 33100 Udine - Tel. 0432-204050 – fax 0432-202198

e-mail: [presidenza@associazionemediciendocrinologi.it](mailto:presidenza@associazionemediciendocrinologi.it)

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA ALL'INTERESSATO (articolo 13, D. Lgs. 196/2003)

Il titolare del trattamento è A.M.E. Associazione Medici Endocrinologi ETS con sede in Vicolo Sottomonte, 34, 33100 Udine.

Riferimenti per contattare il Titolare: Tel 0432 204050 e-mail: [segreteria@associazionemediciendocrinologi.it](mailto:segreteria@associazionemediciendocrinologi.it)

Il titolare ha nominato Responsabile Esterno del Trattamento per quanto attiene alla gestione e manutenzione del sistema informatico la TechFriuli software & servizi S.r.l. Con sede in via del Lavoro, 2 - Località Feletto Umberto - 33010 Tavagnacco (Udine) Per maggiori informazioni potete contattare il Titolare ai recapiti sopraindicati.

Le informazioni richieste nella Domanda di Iscrizione sono trattate per:

1. perfezionare l'iscrizione all'AME per consentirle di partecipare alla vita associativa e per fruire dei servizi che AME riserva ai soci;
2. aggregare i medici che operano nel campo dell'endocrinologia per favorire scambi culturali ed esperienze cliniche;
3. promuovere la cultura e l'aggiornamento professionale con corsi, convegni, seminari anche in collaborazione con altre associazioni mediche;
4. elaborare proposte e fornire supporto ai soci per quanto riguarda le attività di aggiornamento e formazione continua anche attraverso l'invio di comunicazioni anche elettroniche.
5. limitatamente al nome, cognome, indirizzo e-mail, indirizzo per corrispondenza, per inviarle comunicazioni promozionali relative a nuove iniziative curate da AME - Associazione Medici Endocrinologi o da suoi partner (Società Scientifiche, Organizzatori di eventi/Provider, ecc.).

Il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto in caso di rifiuto non sarà possibile per l'utente perfezionare l'iscrizione all'associazione.

Per quanto attiene all'attività di invio di comunicazioni promozionali relative ad attività ed iniziative curate da AME o da suoi partner, le sarà richiesto uno specifico consenso espresso senza cui il trattamento non sarà effettuato.

### MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI

Il Titolare assicura l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza dei dati personali da Lei forniti, nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo 196/2003 e relativo Allegato Tecnico "B". Il trattamento dei dati potrà essere effettuato con e senza l'ausilio di strumenti elettronici.

### DIFFUSIONE E COMUNICAZIONI DI DATI PERSONALI

I dati da Lei forniti potranno essere conosciuti da soggetti specificatamente autorizzati a trattare tali dati in qualità di incaricato e di Responsabili al trattamento, ai soli fini sopra descritti. Gli incaricati sono tenuti al segreto ed alla riservatezza anche sulla base di apposito regolamento interno.

Alcuni dati personali (nome, cognome, titolo accademico, ecc.) potranno essere pubblicati sul sito internet, sulle brochure/locandine di corsi e/o eventi o altro genere di pubblicazione.

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

#### Decreto Legislativo n. 196/2003

##### Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Dopo aver letto e compreso l'informativa sulla privacy:

Presto il consenso al trattamento dei dati personali per perfezionare l'iscrizione

Presto il consenso a ricevere comunicazioni promozionali relative a nuove iniziative curate dal Titolare o da suoi partner

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_