



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

Borgo Santo Spirito, 3 - 00193 Roma
Tel. 0668352411 - 0668802626 - Fax 0668806712
E-mail: segreteria@smorrl.it Sito web: www.smorrl.it
Certificata ISO 9001:2000 N 11749/04

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI SEMESTRALI

N.

Al Presidente della S.M.O.

Il sottoscritto (cognome e nome)

nato a (Prov.) il

domiciliato..... (Prov.)

Via..... n..... C.A.P.

E-mail .. Cod.Fiscale ..

Tel. (abitaz.) ... / Cell. ... /

Tel. (diretto ospedale) ... / Fax ... /

- laureato in..... N. iscr. Ord. Prof.

- Iscritto al Anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia N. matricola

- Eventuale area specialistica professionale:

- Professione: Libero professionista Dipendente Convenzionato Nessuna occupazione

chiede di essere ammesso al corso di: (indicare il titolo)

.....codice del corso.....

svolto da (indicare il nome del/i Direttore/i del Corso)

presso il presidio ospedaliero.....

ANNO ACCADEMICO/.....

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 riportata sul retro della presente e preso atto dei diritti che gli derivano dal precedente art. 7 della stessa legge, esprime formale consenso a che la S.M.O. effettui il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria e nella esclusiva finalità di adempimento di specifici obblighi contabili, fiscali e derivanti dall'attività didattica.

Data,

IRMA

.....

Gentile discente,

desideriamo informarla che il D. Lgs. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

- I Suoi dati verranno trattati per le finalità strumentali alla n/s attività didattica, quali ad esempio:
 1. esecuzione della didattica e degli adempimenti contabili e fiscali;
 2. gestione archivio curriculum dei discenti.
- Il trattamento dei dati avverrà mediante supporti cartacei e/o magnetici con l'osservanza di misure di sicurezza e di riservatezza.
- Il titolare del trattamento è la Scuola Medica Ospedaliera con sede legale e organizzativa in Borgo S. Spirito, 3 - 00193 Roma.

La informiamo, inoltre, che il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale mancato consenso comporta la impossibilità di mantenere i Suoi dati in nostro possesso e di conseguenza la mancata iscrizione ai Corsi da Lei prescelti.