



**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 : 2015 N. 11749/04/S

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI E.C.M**

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...../ ..... Cell. .../ .....  
Tel. (diretto ospedale) ...../ ..... Fax ...../ .....  
- laureato in..... N. iscr. Ord. Prof. ....  
- laurea breve in.....  
- disciplina in cui si opera.....  
- Professione:  Libero professionista  Dipendente  Convenzionato  Privo occupazione

chiede di essere ammesso al corso (indicare il titolo):  
.....  
svolto da (indicare il/i Direttore/i del Corso) ; .....  
presso (indicare la sede del Corso): .....  
**su invito di** (indicare il nome dello Sponsor): .....

**MODALITA' DI PAGAMENTO:** versamento quota di iscrizione su

- **C/C postale** N. 82947003 intestato alla Scuola Medica Ospedaliera
- **Bonifico bancario** IBAN IT 31 C 02008 05008 000401329648 intestato alla Scuola Medica Ospedaliera, UniCredit – Ag. Roma Conciliazione

**PER TUTTI I CORSI LA QUOTA DI ISCRIZIONE VERSATA NON E' RIMBORSABILE SE, PER MOTIVI PERSONALI, NON E' STATO POSSIBILE FREQUENTARE IL CORSO. LA S.M.O. SI RISERVA IL DIRITTO INSINDACABILE DI DECIDERE IN MERITO ALL'ATTIVAZIONE DEI CORSI, NONCHE' AD EVENTUALI VARIAZIONI DI PROGRAMMA**

Si autorizza il trattamento dei dati personali per gli adempimenti connessi al corso e per ricevere notizia di nuove iniziative (legge 196/2003 riportata sul retro della presente)

Data, .....

FIRMA

.....

**⇒ Altre esigenze formative da segnalare alla SMO**

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.