



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 ANNUALI

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 Privo 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/.....

MODALITA' DI PAGAMENTO: versamento quota di iscrizione di **€100,00** 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 Banca di Roma – 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

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,

FIRMA

.....

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.