



# SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

Borgo Santo Spirito, 3 - 00193 Roma  
Tel. 0668352411 - 0668802626 - Fax 0668806712  
E-mail: segreteria@smorrlit Sito web: www.smorrlit  
Certificata ISO 9001:2008 N 11749/04/S

## DOMANDA DI DOCENZA PER CORSI E.C.M

Al Presidente della S.M.O.

Il sottoscritto (cognome e nome) .....  
Qualifica (indicare se dirigente di I livello - fascia A o B - oppure II livello) .....  
divisione o servizio .....  
presidio ospedaliero .....  
nato a ..... (Prov..... ) il .....  
domiciliato ..... (Prov..... ) Via ..... n. ....  
C.A.P. .... E-mail ..... Cod.Fiscale .....  
Tel. (abitaz.) ..... Cell. ....  
Tel. (diretto ospedale) ..... Fax .....

*presenta domanda di ammissione alla Scuola Medica Ospedaliera.*

*A tal proposito dichiara sotto la propria responsabilità:*

- di essere (o essere stato) medico ospedaliero in servizio di ruolo dal .....
- di aver conseguito la laurea in ..... in data .....
- presso l'Università di ..... n° iscr. Ord. Prof .....
- di essere in possesso della libera docenza in .....
- di essere in possesso delle specializzazioni in .....
- disciplina in cui si opera .....
- Professione:       Libero professionista       Dipendente       Convenzionato

CORSO E.C.M.  
(titolo)

RESPONSABILE/I DEL CORSO  
(cognome e nome)

DATA INIZIO CORSO

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,

NULLA OSTA DEL DIRIGENTE DI II LIVELLO  
della Divisione o Servizio sede del Corso E.C.M.

FIRMA

.....  
(firma e timbro)

.....  
(firma e timbro)

ATTENZIONE: Chi presenta per la prima volta domanda di docenza, dovrà allegare fotocopia in carta semplice della seguente documentazione: certificato di laurea - eventuale specializzazione conseguita - stato di servizio dal quale risulti l'anzianità del servizio di ruolo prestato in Ospedale.

Gentile docente,

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 docenti.
- 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 accettazione della domanda di associazione.