



RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SCUOLA S.I.U.M.B.

Il sottoscritto Dr./Prof. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ C.a.p. _____ E-mail _____

Indirizzo _____ Tel. _____

Socio SIUMB dal _____

Sede lavorativa _____

richiede l'attivazione di

Scuola di Formazione di Base Scuola Specialistica in _____

Scuola di Ecografia per Medici di Medicina Generale

e allega: a) la documentazione richiesta come da Regolamento attualmente vigente
b) dichiarazione accettazione Codice Etico e Regolamento delle Scuole SIUMB
c) elenco della documentazione inviata

Data _____

Firma _____

Informativa Art. 13 D.Lvo 196/2003: "La informiamo che in relazione al D.Lvo 196/2003 il trattamento dei Suoi dati personali, sarà improntato sui principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati da Lei forniti verranno trattati solo ed esclusivamente per finalità istituzionali; il trattamento sarà effettuato con modalità informatiche"

Atto di consenso: "Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del D.Lvo 196/2003 art. 23, l'interessato presta il Suo consenso al trattamento dei dati per i fini indicati nella suddetta informativa"

Data _____

Firma _____

