

Società italiana di  
Urologia oncologica

## SCHEDA ISCRIZIONE

Pag 1 di 2

### DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome .....

Data di Nascita .....

### INDIRIZZO PRIVATO

Via e n. civico\* ..... Cap\* .....

Città \*..... Prov.\* .....

Regione .....

Telefono ..... Fax .....

### INDIRIZZO LAVORO

Ente di Appartenenza\* .....

Via\* ..... Cap.\* .....

Città\* ..... Prov.\* .....

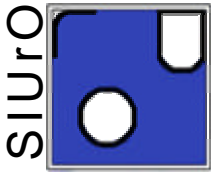
Regione\* .....

Tel.\* ..... Fax \* .....

e-mail\* ..... WWW .....

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Università | <input type="checkbox"/> Istituto Scientifico |
| <input type="checkbox"/> Ospedale   | <input type="checkbox"/> Industria            |
| <input type="checkbox"/> CNR        | <input type="checkbox"/> Altro                |
|                                     | (specificare).....                            |

Indicare l'indirizzo a cui si preferisce ricevere la posta della società:  privato  lavoro



Società italiana di  
Urologia oncologica

## SCHEMA ISCRIZIONE

Pag 2 di 2

### SPECIALIZZAZIONE

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oncologia    | <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica |
| <input type="checkbox"/> Urologia     | <input type="checkbox"/> Altro               |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | (specificare).....                           |

### QUALIFICA

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Direttore | <input type="checkbox"/> Assistente / Ricercatore |
| <input type="checkbox"/> Primario  | <input type="checkbox"/> Borsista / Contrattista  |
| <input type="checkbox"/> Associato | <input type="checkbox"/> Altro (specificare)..... |
| <input type="checkbox"/> Aiuto     |   |

AREE DI INTERESSE .....

### SOCI PRESENTATORI

1. \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Legge Privacy. I dati indicati con asterisco (\*)** vengono richiesti per l'iscrizione alla Società. Ai sensi del D.lgl. 196/2003 il loro conferimento è facoltativo, ma il non fornirli impedirebbe alla segreteria di effettuare i servizi offerti al socio. Tutti gli altri dati servono agli adempimenti amministrativi ed il loro conferimento è necessario ai fini della iscrizione. Tutti i dati rilasciati verranno raccolti e trattati (in modalità cartacea ed elettronica) nel rispetto del D.lgl. 196/2003 anche per l'eventuale invio di materiale informativo e/o promozionale. I dati non verranno diffusi a soggetti esterni ad eccezione di società di recapito di corrispondenza e società/aziende da noi contattate per la gestione dei servizi ritenuti utili dalla società.

E' Suo diritto chiedere l'aggiornamento o la cancellazione dei Suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento degli stessi (SIUrO) c/o o Clinica Urologica Alma Mater Studiorum Università di Bologna - Policlinico S. Orsola Malpigli - Padiglione 1 – Via P. Palagi, 9 40138 Bologna ([segreteria@siuro.it](mailto:segreteria@siuro.it)). Il testo integrale della legge è disponibile sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

In base all'art. 130 (D.lgl. 196/2003), la legge impone di ricevere il consenso dell'interessato prima di inviare informazioni di tipo commerciale via e-mail, fax. Il consenso è facoltativo ma la mancanza di questo può impedire il normale svolgimento del nostro servizio.

- Do il consenso
- Nego il consenso

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_