

Modulo Iscrizione/Variatione ai Gruppi di Studio

* = *Campi Obbligatorii*. Si prega di compilare in stampatello ben leggibile e restituire alla Segreteria SIP/IRS via **mail**: allegando scansione del modulo a **segreteria@sipirs.it**

Nome:* _____ Cognome:* _____

Codice Fiscale:* _____

Residente in:* _____ CAP:* _____

Città: * _____ Regione: _____

Tel./Cell. :* _____ E-mail:* _____

CHIEDO

(barrare le scelte desiderate – è possibile iscriversi a più Gruppi, ma ciascun Socio potrà essere eletto ed esprimere proprio voto in un solo Gruppo: in tal caso **indicare quello di preferenza**)

[**IN CASO DI PRIMA ISCRIZIONE**] di appartenere al seguente Gruppo di Studio:

- [] Oncologia
- [] Pneumopatie Infiltrative
- [] Malattie Respiratorie Sonno
- [] Clinica
- [] Fisiopatologia Respiratoria/Riabilitazione
- [] Pneumologia Interventistica
- [] Asma e Allergie Respiratorie
- [] Intensivologia Respiratoria
- [] BPCO e Co-Morbidity
- [] Infezioni Respiratorie
- [] Imaging
- [] Epidemiologia e Prevenzione

[**IN CASO DI VARIAZIONE**] di cambiare l'attuale appartenenza, aderendo al Gruppo:

- [] Oncologia
- [] Pneumopatie Infiltrative
- [] Malattie Respiratorie Sonno
- [] Clinica
- [] Fisiopatologia Respiratoria/Riabilitazione
- [] Pneumologia Interventistica
- [] Asma e Allergie Respiratorie
- [] Intensivologia Respiratoria
- [] BPCO e Co-Morbidity
- [] Infezioni Respiratorie
- [] Imaging
- [] Epidemiologia e Prevenzione

INFORMATIVA E CONSENSO (ai sensi degli artt. 23 e 24 del D.Lgs. n. 196 del 2003 e artt. 6 e 9 del Regolamento UE n. 679 del 2016)

Preghiamo l' Interessato, prima di sottoscrivere la presente, di prendere attenta visione dell'informativa sulla tutela dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e artt. 6 e 9 del Regolamento UE n. 679 del 2016 sul sito web SIP/IRS nella sezione INFORMATIVA A SOCI (oppure cliccando sul link <http://www.sipirs.it/cms/informativa-a/>). Letta l'informativa che precede, l'Interessato:

PRESTA IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO

alla registrazione dei propri dati personali, con le modalità rappresentate nell'Informativa. In difetto di consenso, SIP-IRS e Centro Studi SIP non potranno dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che sono note. *Per presa visione ed accettazione.*

FIRMA * _____

DATA * _____ / _____ / _____