



**Domanda di Ammissione alla Certificazione Neurosonologica Nazionale SINSEC
Siena, 4 ottobre 2024**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo email _____

CHIEDE

di essere ammesso all'esame di Certificazione Neurosonologica Nazionale SINSEC che si terrà a Siena il 4 ottobre 2024

A tale scopo dichiara di:

- 1) essersi laureato in Medicina e Chirurgia nel _____
- 2) Essere specialista in _____
- 3) Effettuare esami di diagnostica neurosonologica dall'anno _____
- 4) Per la prova pratica di transcranico sono interessato ad eseguirla con:
 - eco-color-transcranico
 - doppler transcranico
- 5) Allega CV aggiornato (con particolare riferimento al cv neurosonologico)
- 6) Allega autocertificazione delle competenze neurosonologiche acquisite

INFORMATIVA PRIVACY

Con riferimento ai dati personali da Lei forniti, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, La informiamo di quanto segue: Il Titolare del Trattamento è SINSEC che ha incaricato Avenue Media Srl con sede legale in Viale Antonio Aldini, 222/4 - 40136 Bologna come Responsabile del Trattamento. I dati da Lei forniti verranno raccolti e trattati in modalità manuale e/o informatica per la finalità di iscrizione all'associazione SINSEC, per la gestione delle attività di segreteria operativa e contabile.

Può trovare il testo integrale dell'informativa, che comprende l'enunciazione di tutti i Suoi diritti al seguente link www.avenuemedia.eu

Io sottoscritto:

- *Acconsento al trattamento di tutti i dati raccolti nella presente scheda e indicati nell'informativa ai punti 1 e 2 per le finalità e con le modalità ivi indicate?*
 - Consento il trattamento
 - Non consento il trattamento
- *Acconsento al trattamento dei dati personali identificativi per invio per l'invio di comunicazioni informative e/o promozionali, nonché newsletter da parte di Avenue Media Srl in relazione alle proprie iniziative (punto 3 dell'informativa)?*
 - Consento il trattamento
 - Non consento il trattamento

Data ____/____/____ Firma _____