

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO**  
**STUDIO A&S srl**  
**Via Bergamo, 8**  
**20135 MILANO**

**Egr. Dott / Gent.le Dott.ssa**  
**Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra-ina / Spett.le**  
**Interessato/a al trattamento**

**OGGETTO: informativa ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, relativo alla tutela del trattamento dei dati personali.**

Il titolare dei trattamenti, La informa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che:

1) il suddetto D.Lgs. prevede una serie di obblighi in capo a chi effettua "trattamenti" (cioè raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, comunicazione e diffusione) di dati personali riferiti ad altri soggetti (c.d. "interessati");

2) il trattamento dei Suoi dati personali di cui siamo in possesso o che Le saranno richiesti o che ci verranno comunicati da Lei o da terzi sarà svolto per le seguenti finalità:

- esecuzione di obblighi contrattuali derivanti dalla partecipazione al convegno e alle pratiche E.C.M.; per cui viene compilata la relativa scheda di partecipazione;

- eventuali inviti a convegni futuri

- esecuzione di eventuali obblighi fiscali e contabili connessi; esecuzione di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria;

3) il trattamento avverrà con sistemi manuali e automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse, sulla base dei dati in nostro possesso;

4) i Suoi dati potranno essere comunicati anche a soggetti esterni, per obblighi di legge o per esclusive ragioni funzionali nell'ambito dell'esecuzione degli adempimenti di cui alle succitate finalità; ed in particolare a titolo puramente esemplificativo: al Ministero della Sanità, al consulente fiscale, all'Amministrazione Finanziaria, agli organi di Polizia Tributaria, all'Autorità giudiziaria, ad istituti bancari, ad enti aventi lo scopo della tutela del credito;

5) il conferimento da parte Sua dei predetti dati ha natura obbligatoria e i dati sono indispensabili per l'adempimento degli obblighi legali o contrattuali derivanti dal contratto in corso o da eventuali futuri rapporti.

6) In caso di Suo rifiuto a conferire i dati o a consentire al loro trattamento ovvero alla loro comunicazione ne potrà derivare l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, ovvero di effettuare alcune specifiche operazioni;

7) è stato nominato responsabile del trattamento il legale rappresentante pro-tempore della società Dott. Ing. Massimo Cazzaniga;

8) nei Suoi confronti è previsto l'esercizio di alcuni diritti, mediante richiesta scritta a mezzo raccomandata a/r da indirizzare alla scrivente società. In particolare Lei ha il diritto di:

- conoscere l'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile;

- essere informato sul titolare, sulle finalità e sulle modalità del trattamento e sull'eventuale responsabile, sui soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati;

- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;

- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi, qualora trattati in violazione della legge;

- opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati, salvi i limiti stabiliti dalla legge;

- opporsi all'invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

F.to il titolare del trattamento

*Massimo Cazzaniga*

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### "EPILESSIA ED IDONEITA' ALLA GUIDA"

Aula Magna Istituto di Medicina Legale - Università degli Studi di Milano  
21 marzo 2012

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Laurea in: \_\_\_\_\_

Specialista in: \_\_\_\_\_

Libero professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

N° di Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### SEDE DI LAVORO:

Ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### Dichiarazione attestante invito da parte di Sponsor

Premesso che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ECM, intende per "reclutamento" il rapporto diretto tra lo sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione al corso, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via, dichiaro di essere a conoscenza del limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio 2011-2013 acquisibili mediante reclutamento diretto e dichiaro, sotto la mia responsabilità:

☐ di essere ospite dello Sponsor \_\_\_\_\_

☐ di NON essere stato invitato da alcuno Sponsor

#### Consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ pienamente informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 con la firma della presente scheda esprimo, ove occorresse, il consenso ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 al trattamento dei miei dati personali in conformità e per le sole finalità indicate nell'informativa resami.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_