



## DOMANDA DI ADESIONE COME SOCIO STUDENTE ALL'ASSOCIAZIONE MEDICAL SECRETARY ASSOCIATION ITALIA

Alla c.a. Presidente dall'Associazione Medical Secretary Association

*I campi contrassegnati da \* sono obbligatori*

### DATI PERSONALI\*

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso: [M] [F] Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Stato: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### RESIDENZA\*

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

(da compilare solo se differente dalla residenza)

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### TITOLO DI STUDIO

Laurea Magistrale       Laurea Triennale       Diploma  
 Corso professionale       Altro

Note: \_\_\_\_\_



## ESPERIENZA PROFESSIONALE

- Lavoro (o ho lavorato) in uno studio medico      Anni di esperienza: \_\_\_\_\_
- Lavoro in altro settore      Specificare: \_\_\_\_\_
- In attesa di occupazione       Altro. Specificare: \_\_\_\_\_

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI\*

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: adesione a Medical Secretary Association Italia, implementazione delle attività statutarie, accesso ed utilizzo dei servizi e prodotti offerti dall'associazione, comunicazione delle iniziative promosse e partecipazione agli eventi organizzati da MSA Italia.

2. Il trattamento sarà effettuato con modalità informatica, cartacea e manuale.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'attivazione e l'utilizzo dei servizi offerti dall'Associazione e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto e prosecuzione del rapporto.

4. I dati potranno essere comunicati ad enti partner di Medical Secretary Association Italia e pubblicati sul sito dell'Associazione per il raggiungimento degli scopi associativi e la corretta erogazione dei servizi e prodotti proposti da MSA Italia.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio per l'erogazione e l'utilizzo da parte del firmatario dei servizi offerti da Medical Secretary Association ed enti partner. L'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto.

5. Il titolare e responsabile del trattamento è: Medical Secretary Association Italia, con sede in Via Pietro Micca n.24, 28100 Novara (NO)

6. Lei, in ogni momento, potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, scrivendo a Medical Secretary Association Italia, Via Pietro Micca n.24, 28100 Novara (NO) o all'indirizzo e-mail: info@msai.it.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs 196/2003

### DICHIARA

di aver preso visione e compreso le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, di fornire il suo consenso al trattamento dei propri dati per i fini indicati nella suddetta informativa, acconsentendo alla comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa (**obbligatorio**)

di prestare il suo consenso alla diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa, come l'inserimento del proprio nominativo nell'elenco dei soci MSA Italia e l'attivazione della copertura assicurativa, come previsto dallo Statuto e dai documenti che regolano l'attività dell'Associazione (**obbligatorio**)

di autorizzare Medical Secretary Association Italia a fornire i miei dati ad aziende partner per ricevere senza impegno offerte e privilegi esclusivi a me riservati

Luogo e Data

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## RICHIESTA ASSOCIATIVA PER L'ANNO 2017\*

- Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_
- Avendo preso visione dello Statuto dell'Associazione, dei documenti Statutari e dei regolamenti pubblicati sul sito [www.msai.it](http://www.msai.it) e condividendone i contenuti
  - Impegnandomi ad agire nel rispetto di tutti documenti istituzionali che regolamentano l'appartenenza ad MSA Italia
  - Essendo interessato/a ai temi promossi dall'Associazione
  - Possedendo i requisiti per l'appartenenza ad MSA Italia illustrati all'interno dello Statuto
  - Essendo iscritto ad un percorso formativo per diventare Segretario/a di Studio Medico.

Chiedo di essere iscritto all'Associazione Medical Secretary Association Italia, in qualità di socio studente.

### **Come socio studente l'iscrizione ad MSA Italia è gratuita**

Il sottoscritto, dichiara di essere regolarmente iscritto al percorso formativo di (indicare il nome del corso)

\_\_\_\_\_

erogato dall'Ente formativo [ ] CEF Publishing Codice studente: \_\_\_\_\_  
[ ] Altro Ente. Specificare \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Note informative alla richiesta associativa per l'anno 2017**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso atto che:

- L'iscrizione agevolata ha valore per l'intero anno associativo 2017 anche in caso di completamento degli studi entro il 31/12/2017 .
- Le agevolazioni destinate al socio studente ed i servizi erogati sono validi per l'anno sociale in corso
- I termini di copertura della tutela legale eventualmente acquistata sono accessibili nella sezione dedicata sul sito [www.msai.it](http://www.msai.it)
- In caso di conseguimento di attestato di fine formazione entro l'anno associativo in corso, l'iscrizione sarà rinnovata in qualità di socio ordinario (salvo esplicita rinuncia comunicata ad MSA Italia entro il 31/12/2017)
- In caso di mancato completamento del percorso formativo entro il 31/12/2017, l'iscrizione sarà automaticamente rinnovata ad MSA Italia in qualità di socio studente salvo differente volontà dell'associato
- Il socio studente è invitato a comunicazione all'Associazione l'eventuale completamento del percorso di studi
- La cessazione del vincolo associativo non comporta la restituzione delle somme versate all'Associazione

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INVIARE IL MODULO COMPILATO TRAMITE MAIL A [INFO@MSAI.IT](mailto:INFO@MSAI.IT)  
OPPURE POSTA ORDINARIA A "MEDICAL SECRETARY ASSOCIATION ITALIA, VIA PIETRO MICCA 24 – 28100 NOVARA (NO)"