



APPLICATION FORM

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ IL _____

RUOLO IN AZIENDA _____

EMAIL _____ TELEFONO _____

CHIEDE DI FARE PARTE DI AICRO E DICHIARA CHE

NOME DELL'AZIENDA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

CITTÀ _____ TELEFONO _____ FAX _____

P.IVA _____

E' DEDICATA ALLA RICERCA CLINICA DALL'ANNO _____

DATA _____

FIRMA _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Atto Costitutivo (copia)
- Statuto più recente (copia)
- Certificato C.C.I.A.A. aggiornato (con data non superiore a 3 mesi antecedenti la richiesta di iscrizione ex art. 4 del Regolamento)
- Per le Società nazionali: Certificato di qualità ISO; per le aziende multinazionali: autocertificazione attestante l'esistenza di un Sistema di Qualità equipollente
- Organigramma con almeno il 70% del personale dipendente e con caratteristiche tecnico-scientifiche idonee per i servizi svolti

Informativa ai sensi dell'art.13 Codice Privacy (D. Lgs n.196/2003 consolidato):

Gentile Socio,

con la presente desideriamo informarLa che il trattamento da parte di AICRO dei Suoi dati personali da Lei forniti consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, raffronto, selezione ed ogni altra operazione svolta su supporto cartaceo o elettronico relativo a:

- 1) rapporti dei Soci con l'Associazione;
- 2) gestione amministrativa delle quote associative;
- 3) aggiornamento dell'elenco Soci.

Il conferimento dei Suoi dati personali è del tutto facoltativo, tuttavia il mancato conferimento

comporterebbe la sola conseguenza dell'impossibilità di poterLa annoverare fra i nostri Soci.

La informiamo, infine, che l'art.13 della Legge sulla tutela dei dati personali conferisce ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può consultare, modificare o cancellare i propri dati o opporsi al loro utilizzo rivolgendosi al Responsabile del trattamento.

Per esercitare tali diritti si può rivolgere al Titolare, che è AICRO Associazione Italiana CRO - Milano- Piazza Meda 3 - 20121 Milano; tel: 393 3516898

Se **non desidera** dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra indicate può barrare la casella qui a fianco

Nome e Cognome _____

Data _____ Firma _____