**Al Consiglio Direttivo della**

 **Società Italiana di Scienze Sensoriali**

 **c/o Dipartimento di Gestione dei Sistemi Agrari, Alimentari e Forestali**

 **Via Donizetti, 6**

 **50144 Firenze**

Luogo e data

**DOMANDA PER L’ISCRIZIONE ALLA SISS**

**E IL RILASCIO DELL’ATTESTATO DI QUALITÀ E QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE**

**DEI SERVIZI PRESTATI COME SENSORY PROJECT MANAGER**

**per l’anno 2017**

Con la presente, il/la sottoscritto/a ..............................................................

codice fiscale/PI .....................................................................................

nato a ......................................................... il .......................... residente a ............................................................................................

via..................................................................n°.......... cap...................

tel. .............................................. cell. .............................................. e-mail..................................................................

affiliazione …………………………………………………………………………...

DICHIARA

* di voler partecipare alla vita associativa della Società Italiana di Scienze Sensoriali;
* di accettare pienamente e senza riserve lo Statuto, il Regolamento associativo e il Codice Deontologico.

CHIEDE

* **di essere iscritto come socio ordinario all’associazione Società Italiana di Scienze Sensoriali per l’anno 2017 come**:

☐ nuovo socio

☐ rinnovo

impegnandosi a regolarizzare l’iscrizione provvedendo al pagamento della quota annuale, fissata in euro 100.00, tramite bonifico presso la Banca Unicredit Banca di Roma - Ag. Firenze Redi - V.le Redi 41/L, **IBAN IT 17 N 02008 02829 000400324336** - o assegno circolare non trasferibile intestato all’Associazione (Società Italiana di Scienze Sensoriali) **entro il 31.1.2017**;

* **il rilascio dell’attestato di qualità per il 2017 di:**

**☐ SENSORY PROJECT MANAGER**

**☐ SENSORY PROJECT MANAGER JUNIOR**

*(barrare l’opzione di interesse)*

impegnandosi a curare la propria preparazione professionale aggiornando costantemente le proprie competenze;

E CHIEDE INOLTRE:

**☐ di essere ammesso alla prova di idoneità professionale;**

**☐ di NON essere ammesso alla prova di idoneità professionale,** in quanto già in regola con i requisiti di ammissione richiesti.

Allega il modulo per il rilascio dell’attestato per l’accertamento del rispetto dei requisiti di ammissione definiti dal Regolamento e rilascia altresì l’autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Data In Fede

* **DATI PER intestazione delle RICEVUTE DI PAGAMENTO:**

Per facilitare e rendere più veloci le operazioni amministrative si prega di specificare i seguenti dati per l’intestazione della ricevuta di pagamento

[SOLO se diversi da quelli indicati nel modulo di iscrizione]:

Nome ……………………………………………… Cognome …………………………………………….

Ente/Azienda …………………………………………………………………………………………………

Partita IVA ……………………………………………………………………………………………………..

Indirizzo …………………………………………………………………………………… CAP…………….

Città ……………………………………………………………………………………………………………….

Luogo e data

**MODULO PER IL RILASCIO DELL’ATTESTATO DI QUALITÀ per l’anno 2017 di:**

**☐ SENSORY PROJECT MANAGER**

**☐ SENSORY PROJECT MANAGER JUNIOR**

(barrare l’opzione di interesse)

Si rimanda al Regolamento della Società Italiana di Scienze Sensoriali per la definizione dei requisiti di ammissione richiesti per il rilascio dell’attestazione di qualità.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. INFORMAZIONI PERSONALI** |  |
|  | **Nome e cognome** |
| Residente a  | Sostituire con via, numero civico, codice postale, città, paese  |
| Tel.  |  |
| Cell. |  |
| E-mail  |  |
| Luogo di nascita  |  |
| Data di nascita  |  |

|  |
| --- |
| **2. TITOLI DI STUDIO E PERCORSO FORMATIVO** |

*[Inserire separatamente i corsi frequentati iniziando da quelli più recenti. Allegare certificati]*

 **2.1 ISTRUZIONE SCOLASTICA E UNIVERSITARIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anno | Titolo di studio | Nome e indirizzo dell'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |

**2.2 CREDITI FORMATIVI UNIVERSITARI IN CAMPO SENSORIALE**

Se il piano di studi universitario ha incluso (CFU) in materie AGR/15 di ambito sensoriale specificare *[allegare certificati]:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Esame | Codice/settore disciplinare | Università e corso di studi presso il quale si è sostenuto l’esame | CFU |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totale CFU |  |

**2.3 FORMAZIONE SPECIALISTICA NEL SETTORE DELLE SCIENZE SENSORIALI**

*[allegare attestati e documentazione come da Regolamento]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Periodo (dal/al) | Titolo del corso | Nome e indirizzo dell'organizzazione erogatrice della formazione | Ore del corso |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Totale ore  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. ESPERIENZA PROFESSIONALE** |   |

*[Inserire separatamente le esperienze professionali svolte iniziando dalla più recente, per ciascun anno di cui è richiesta la documentazione. Allegare documentazione come da Regolamento]*

Anno ….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data (da/a) | Posizione ricoperta/professione | Descrizione dell’ esperienza/attività in ambito sensoriale | Nome e indirizzo del datore di lavoro/ente |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Anno ….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data (da/a) | Posizione ricoperta/professione | Descrizione dell’ esperienza/attività in ambito sensoriale | Nome e indirizzo del datore di lavoro/ente |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Anno ….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data (da/a) | Posizione ricoperta/professione | Descrizione dell’ esperienza/attività in ambito sensoriale | Nome e indirizzo del datore di lavoro/ente |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

PUBBLICAZIONI A CARATTERE SCIENTIFICO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anno | Titolo | Estremi della pubblicazione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ALLEGATI

|  |
| --- |
| Elenco dei documenti allegati alla domanda  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**NOTE:**

|  |
| --- |
|  |

**Firma**

**Informativa Privacy (Dlgs 196/2003)**

Desideriamo informarLa che, ai sensi dell’articolo 13 del Dlgs. 196/2003, i Suoi i dati personali comunicati a questa Associazione sono oggetto, da parte della **Società Italiana di Scienze Sensoriali**, di trattamento informatico o manuale, per finalità di:

1. adempimenti di Legge connessi all’assolvimento dei compiti previsti;
2. informazioni sulle iniziative intraprese dalla **Società Italiana di Scienze Sensoriali** in tema di aggiornamento professionale, seminari, convegni, corsi, notiziari o bollettini di aggiornamento sulle iniziative medesime.

Precisiamo che non sono in ns. possesso dati definiti “sensibili” dal citato Dlgs. (elencati alla lettera “d” del comma 1 dell’articolo 4 del Dlgs. 196/2003), cioè dati idonei a rilevare stato di salute, adesione a sindacati, convinzioni religiose e filosofiche, adesione a partiti politici.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato anche mediante strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Evidenziamo che il trattamento dei dati di cui al precedente punto 1 è obbligatorio ed essenziale. Il trattamento di cui al punto 2 è facoltativo, e, pertanto, in caso di un Suo rifiuto non sussisteranno conseguenze, se non la nostra impossibilità di assicurare la Sua informazione sulle iniziative intraprese.

Il titolare del trattamento è l’Associazione **Società Italiana di Scienze Sensoriali** con sede in via Donizetti, 6 – 50114 Firenze. Responsabile del trattamento è il presidente Prof. Erminio Monteleone.

In merito a quanto sopra informiamo che Le competono i diritti di cui all’articolo 7 del Dlgs. 196/2003.

La preghiamo pertanto voler restituire copia della presente informativa e richiesta di consenso sottoscritta per accettazione.

 Con i migliori saluti

 ll Presidente

 Prof. Erminio Monteleone

**Da restituire alla segreteria della Società Italiana di Scienze Sensoriali**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DELLA PRESENTE INFORMATIVA INERENTE**

**AL RAPPORTO DI ISCRITTO ALLA SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE SENSORIALI**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di avere ricevuto regolare informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

* Per quanto riguarda la raccolta, conservazione, diffusione dei dati ulteriori a quelli presenti sull’Albo soci ed obbligatori per legge e relativi a:
* numeri di telefono,
* fax,
* posta elettronica e simili,
* ecc….

e loro inserimento in albi, elenchi, annuari e simili in ambito locale e nazionale, nonché su internet (sul sito web dell’associazione [www.scienzesensoriali.it](http://www.scienzesensoriali.it)), e l’indicazione dei medesimi a chiunque ne faccia richiesta con finalità di ricerca e professionali (il mancato consenso non permetterà il loro inserimento sull’Albo, sul sito internet o comunicazione a terzi):

 [ ]  **esprimo il consenso** [ ]  **nego il consenso**

Esprimo, inoltre, il mio impegno a comunicare tempestivamente eventuali rettifiche, variazioni e integrazioni dei dati in Vostro possesso.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’Interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_