**Al Consiglio Direttivo della**

**Società Italiana di Scienze Sensoriali**

**Via Donizetti, 6**

**50144 Firenze**

**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 2019**

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

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

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 2019 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** intestato all’Associazione (Società Italiana di Scienze Sensoriali) **entro il 31.1.2019**;

* **il rilascio dell’attestato di qualità per il 2019 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 a pag. 3]:

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

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

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

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

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

Luogo e data

**MODULO PER IL RILASCIO DELL’ATTESTATO DI QUALITÀ per l’anno 2019 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**

**INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO/A - DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO/A**

*(ex art. 13 GDPR 2016/679)*

**TRATTAMENTO: GE02 - Gestione Soci**

Gentile Interessato/a,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **Società Italiana di Scienze Sensoriali**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti: | |
| Titolare del Trattamento: **Società Italiana di Scienze Sensoriali**  Sede: **Via Donizetti, 6 - 50144 Firenze FI, IT**  Contatti e recapiti: | |
| E-mail | [sportello@scienzesensoriali.it](mailto:sportello@scienzesensoriali.it); [segreteria@scienzesensoriali.it](mailto:segreteria@scienzesensoriali.it) |

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finalità** | **Dati trattati** | **Base Giuridica** |
| Archiviazioni nel pubblico interesse o a fini statistici | Curriculum; Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.) | Il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679) |
| Informazione per via telematica | Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.) | L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679) |
| Registrazione e iscrizione dei soci alle attività associative | Curriculum; Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.) | L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679) |

|  |  |
| --- | --- |
| Il trattamento dei suoi dati è basato su interessi legittimi del titolare del trattamento riconosciuti dalla norma, in particolare: | |
|  |  |
| **Finalità** | **Legittimo Interesse del Titolare** |
| Archiviazioni nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici | Archiviazione a fini statistici |

|  |
| --- |
| I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito: |
| **Categorie di destinatari:**  Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata che collaborano con l’associazione ai fini dell’espletamento di procedure amministrativo/contabili e nella gestione della comunicazione |

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

* La durata del trattamento è determinata come segue: I dati sono mantenuti per 10 anni relativamente alle prescrizioni in materia di tenuta dei documenti contabili/fiscali, successivamente vengono archiviati per fini di ricerca statistica e anonimizzati quando possibile.
* ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento
* se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
* ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali

Firenze, 24/07/2018

Il Titolare del Trattamento

**Società Italiana di Scienze Sensoriali**

**dichiarazione di consenso**

|  |
| --- |
| Ricevuta, letta e compresa l’informativa relativa all’utilizzo dei miei dati personali (di cui all’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Società Italiana di Scienze Sensoriali secondo le finalità riportate di seguito:  Archiviazioni nel pubblico interesse o a fini statistici; Informazione per via telematica; Registrazione e iscrizione dei soci alle attività associative |
|  |
| Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario: |
|  |
| - per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi |
|  |
| relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  Archiviazioni nel pubblico interesse o a fini statistici |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679). | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:  **Informazione per via telematica** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | CONSENTO |  | | |  | NON CONSENTO |
|  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  |  | | | | |
| Località e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| *Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:*  *L'utente non potrà essere contattato attraverso canali telematici diretti ma dovrà informarsi solo tramite il sito istituzionale o supporti cartacei in sede* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:  **Registrazione e iscrizione dei soci alle attività associative** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | CONSENTO |  | | |  | NON CONSENTO |
|  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  |  | | | | |
| Località e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| *Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:*  *La persona non potrà essere iscritta come socio e godere delle attività associative* | | | | | | | | | | | |