**Al Consiglio Direttivo della**

 **Società Italiana di Scienze Sensoriali**

 **Via Donizetti, 6**

 **50144 Firenze**

**DOMANDA PER L’ISCRIZIONE ALLA SISS**

**E IL RINNOVO 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 rinnovo 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;

Allega il modulo per il rinnovo 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 RINNOVO 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 e aggiornamento richiesti per il rinnovo 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  |  |
| Professione |  |
| Azienda/Ente/Università |  |

|  |
| --- |
| **2. ATTIVITA’ DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE SVOLTA NELL’ANNO 2018**  |

*Alla domanda dovranno essere allegati attestati di partecipazione e altri documenti utili a comprovare lo svolgimento delle attività di formazione e aggiornamento professionale.*

Partecipazione a corsi e convegni (vedi Regolamento):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data (da/a) | Descrizione dell’attività di formazione/aggiornamento in ambito sensoriale | Partecipazione in qualità di\*: | Nome e indirizzo dell’ente erogatore |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Si raccomanda di specificare se la partecipazione a un convegno o workshop è stata in qualità di relatore; relatore su invito; autore corrispondente di un poster; partecipante; nel caso di un corso, se docente o partecipante.

Pubblicazioni (vedi Regolamento)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data di pubblicazione | Titolo | Riferimenti bibliografici |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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; 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* |