

Io sottoscritto/a.....
Iscritto regolarmente al Anno di Corso della Facoltà di Medicina e Chirurgia
di.....,
assegnatario di un progetto SISM in
.....
per il periodo dal al

Premesso che

- ho partecipato al bando e risultato assegnatario del progetto in
.....
- il SISM ha ben specificato i termini, le condizioni e le modalità del progetto di cui sopra
- dichiaro comunque di conoscere per presa visione il relativo bando di concorso
- conosco ed accetto le condizioni di rimborso come mi sono state presentate dal LEO/LORE e per averle apprese dal Regolamento in merito ai rimborsi stessi
- ho preso visione dello Statuto sociale

Dichiaro di esonerare espressamente il SISM da ogni responsabilità afferente al mio soggiorno in
.....

per tutto quanto mi potrebbe derivare dalla mia partecipazione al progetto Clerkship/Research Exchange.
In particolare esonero espressamente il SISM da ogni responsabilità inerente al viaggio, al vitto e all'alloggio collegati al progetto Clerkship/Research Exchange nonché alla realizzazione del progetto stesso, rinunciando sin d'ora ad una richiesta di rimborsi spese e/o risarcimento patrimoniali e/o non patrimoniali.

Dichiaro infine di essere consapevole che il SISM non si assume nessuna responsabilità in merito al grado di soddisfazione che riceverò dalla partecipazione al progetto Clerkship/Research Exchange e che l'attività del SISM è limitata ad offrire opportunità di crescita professionale mettendo in contatto studenti con strutture all'uopo disponibili.

Per quanto riguarda l'organizzazione del viaggio, del vitto e dell'alloggio sono altresì consapevole che l'eventuale intervento del SISM è limitato a fornire agli studenti interessati un'attività di segnalazione e di supporto esclusivamente informativo che non comporta nessuna responsabilità in capo all'associazione stessa.

Acconsento al trattamento dei dati personali da parte del SISM.

Il trattamento dei dati personali che la riguardano, depositati presso la banca dati elettronica e cartacea del Segretariato Italiano Studenti in Medicina, viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 675/96 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui le garantiamo la massima riservatezza e tutti i diritti ad essi relativi citati nell'art. 13 della Legge 675/96, è effettuato a scopi d'ufficio, statistici ed al fine di aggiornarla sulle iniziative e per la divulgazione delle convenzioni del SISM. I suoi dati non saranno comunicati a terzi e per essi lei potrà richiedere in qualsiasi momento la cancellazione, scrivendo all'Ufficio Nazionale del SISM, Padiglione Nuove Patologie, Policlinico Sant'Orsola, via Massarenti 9, 40138 Bologna oppure contattando l'Incaricando Locale della propria Sede Locale.

Dichiaro inoltre di aver versato alla sede locale..... una Quota Scambi di
€.....,..... comprensiva: di una Quota Scambi Locale di €.....,..... e di una Quota Scambi
Nazionale di €70,00.

Data

Firma