**MODULO DI REGISTRAZIONE**

**<<Meeting\_MERC\_Name>>**

**<<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>**

**Error! Missing test condition.**

* Lilly si impegna a rispettare il codice EFPIA nonché il Codice Deontologico di Farmindustria (il 'Codice'), che impone la trasparenza in materia di trasferimenti di valore effettuati da una società farmaceutica a favore di ciascun Professionista Sanitario. Per ottemperare a quanto richiesto da tali Codici, Lilly renderà pubblici, sul sito web di Lilly, tutti i trasferimenti di valore che la stessa ha effettuato nei confronti di tutti i professionisti sanitari individualmente considerati.

Tale divulgazione tuttavia è soggetta al consenso del Professionista Sanitario del quale verrà tenuta traccia su un modulo di consenso separato. Se il consenso è fornito, tale divulgazione sarà effettuata su base annuale e ogni periodo di riferimento dovrà coprire un intero anno di calendario (il "Periodo di riferimento"). Il primo periodo di riferimento è l'anno 2015; pertanto la divulgazione dei dati avverrà entro la metà del 2016 per i dati del  2015. Per il periodo di riferimento dell’anno 2016 la pubblicazione avverrà entro la metà del 2017.

* Questo evento ha carattere strettamente professionale e scientifico. L’invito è personale. Non è consentito portare con sé degli accompagnatori.

**NOME\*: <<Account\_FirstName>>**

**COGNOME\*: <<Account\_LastName>>**

**INDIRIZZO PER L’INVIO DI COMUNICAZIONI:**

<<Address\_GLBL\_Line\_1\_Adrs\_Txt\_GLBL>>

<<Address\_GLBL\_Line\_2\_Adrs\_Txt\_GLBL>>

<<Address\_GLBL\_Zip\_Postal\_Code\_GLBL>> <<Address\_GLBL\_City\_GLBL>>

<<Address\_GLBL\_Adrs\_Cntry\_Cd\_GLBL>>

TELEFONO\*\*: <<Account\_Phone>>

CELLULARE\*\*: <<Account\_Cellular\_Phone\_Cntry\_Cd\_GLBL>>

FAX\*\*: <<Account\_Fax>>

EMAIL\*\*: <<Account\_Elctrnc\_Adrs\_Elc\_Txt\_GLBL>>

**CANALE PRIVILEGIATO PER LE COMUNICAZIONI SUGLI ASPETTI LOGISTICI**\***:**

**Web & E-mail** □ **Telefono** □ **Cellulare** □ **Fax** □

***\* Campi Obbligatori***

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
| **DETTAGLI VIAGGIO**  **NECESSITA DI UN BIGLIETTO?** **SÌ /\_\_/** **NO /\_\_/ VOLO:** **SÌ /\_\_/** **NO /\_\_/ TRENO : SÌ /\_\_/** **NO /\_\_/**  **LUOGO DI PARTENZA PREFERITO (aeroporto o stazione ferroviaria):**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **Nominativo completo come riportato sulla carta d’identità/passaporto:**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  Ogni ulteriore dettaglio verrà concordato durante la fase di prenotazione del viaggio  **AUTO (VEICOLO PERSONALE) : SÌ /\_\_/ NO /\_\_/**  Le spese di viaggio effettuate con mezzi propri saranno riconosciute PREVIA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA ED IN TAL CASO solo se verrà specificato il percorso effettuato CON relativo chilometraggio (sito [www.viamichelin.it](http://www.viamichelin.it)) al valore DI RIMBORSO di Euro 0,40 al chilometro + pedaggi autostradali ed eventuali spese di parcheggio/garage esclusivamente se documentati da ricevute. |

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
| **SPECIFICARE EVENTUALI ESIGENZE ALIMENTARI***\*\**  ……………………………………………………………………………….  ***Compilando questo campo, Lei acconsente all’uso di queste informazioni da parte di Lilly ai fini del presente meeting.*** |

|  |
| --- |
| **CONTATTO IN CASO DI EMERGENZA***\*\**  **PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA:………………………………………………………..**  **NUMERO DI TELEFONO DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA:.......................................................** |

*\*\** Nell’eventualità di possibili collaborazioni future o di una Sua partecipazione ad altri meeting organizzati o sponsorizzati da noi, queste informazioni saranno archiviate in un Suo profilo personale che sarà riutilizzato in caso di future collaborazioni. In questo modo non dovremo chiederLe di nuovo tali informazioni. Ovviamente Lei può accedere alle Sue informazioni personali o cancellarle dal suo profilo personale direttamente attraverso il web-service per i meeting di Lilly o contattando cmseurope@lilly.com.

(Se ha già fornito queste informazioni in passato, non serve compilare questa parte, a meno che non vi siano state modifiche).

Firma e data

**X**

………………………………………………………………………………………………………………………………

*LA PREGHIAMO DI INVIARCI QUESTO MODULO COMPILATO VIA FAX O E-MAIL*

**Fax:** <<User\_Fax>> **Telefono:** <<User\_Phone>> **Email:** <<User\_Email>>

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA RESA ALL’INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO**  **DI DATI PERSONALI COMUNI** |

“Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” ed in relazione ai dati personali – di natura esclusivamente comune (ivi incluso il suo Curriculum Vitae) - che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue.

I suoi dati potranno essere utilizzati per lo svolgimento di tutte le attività necessarie e/o propedeutiche al perfezionamento del Suo incarico professionale o della Sua partecipazione all’evento così come indicato nell’accordo di notifica all’Ente (dal quale Lei dipende) a cui è allegata la presente informativa. In particolare, a tal fine, i suoi dati saranno utilizzati per:

1. definire, ove previsto, un adeguato compenso per l’attività professionale che svolgerà per noi, sulla base della Sua esperienza e delle Sue credenziali;
2. notificare il predetto incarico o la predetta partecipazione al Suo Ente e, più specificatamente, alla persona da Lei indicata nel sopramenzionato accordo quale responsabile del ricevimento di tali comunicazioni all’interno dell’Ente;
3. l’espletamento delle attività di revisione contabile, finanziaria, di auditing e di investigazione interne, per motivi di verifica dell’osservanza e del rispetto delle procedure aziendali, delle disposizioni del codice di condotta, del codice di comportamento aziendale “Libretto Rosso” e delle disposizioni di legge vigenti.
4. I suoi dati, ai sensi dell’articolo 13 del citato Decreto Legislativo, potranno eventualmente formare oggetto di trattamento da parte del Comitato di Controllo e del Giuri del Codice Deontologico di Farmindustria esclusivamente ai fini dell’attività di controllo esercitata dai citati organismi e con riferimento esclusivo al Codice Deontologico Associativo ed all’evento indicato nell’accordo di notifica all’Ente allegato alla presente informativa nonché da parte della Eli Lilly & Company (U.S.A.), delle altre affiliate del gruppo Eli Lilly, da parte di società esterne di revisione contabile finanziaria e di auditing italiane ed estere nonché da consulenti o legali esterni di Eli Lilly & Company (U.S.A.) o da affiliate del gruppo Eli Lilly che sono legittimate a tale trattamento in forza del certificato Safe Harbour ottenuto il 18 Agosto 2004 ed annualmente ricertificato, per esclusive finalità di verifica della osservanza e della compliance alle procedure aziendali, alle disposizione del codice di condotta, del codice di comportamento aziendale “Libretto Rosso” ed alle disposizioni di legge vigenti in materia.
5. I suoi dati personali saranno inseriti nel sistema informatico onde garantirne una gestione più sistemica ed organica ed al quale potranno accedere **solo soggetti** **incaricati da Eli Lilly Italia S.p.A.** ai fini del trattamento di tali dati. Tale sistema è protetto contro gli accessi di terzi in conformità a quanto previsto dal Documento Programmatico della Sicurezza di Eli Lilly Italia SpA.
6. Il conferimento dei dati personali ha natura **facoltativa**; resta inteso, tuttavia, che la Sua mancata prestazione del consenso non consente ad Eli Lilly Italia S.p.A. di conferirle l’incarico professionale o di invitarla all’evento ai sensi di quanto previsto dal punto 3.2. del vigente Codice Deontologico di Farmindustria.
7. Tutti i dati raccolti per le finalità di cui ai punti che precedono verranno conservati per il periodo di tempo necessario ad espletare gli adempimenti connessi alle finalità descritte in premessa ed in osservanza delle leggi vigenti;
8. I dati personali in questione saranno accessibili soltanto da parte di personale autorizzato da Eli Lilly Italia S.p.A e da società esterne che collaborano con la scrivente e che sono state nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati. I nominativi di predette società sono sempre disponibili ed aggiornati presso la scrivente. I dati possono essere forniti, su espressa richiesta, ad un’autorità amministrativa e/o giudiziaria. A dette terze parti, locate negli Stati Uniti o in Paesi terzi in cui le leggi sulla privacy potrebbero essere diverse dall’Italia, Lilly richiederà di trattare e conservare i suoi dati in modo sicuro e di non utilizzarle per motivi diversi da quelli descritti in premessa.
9. I dati personali in oggetto potranno essere trasferiti all’estero all’interno dell’U.E. ed in paesi extra U.E. (es. partecipazione a congressi e convegni internazionali, ragioni tecniche come la localizzazione dei servers, etc,);
10. A Lei e’ riconosciuto l’esercizio dei diritti di cui all’art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003, tra i quali, ad esempio, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione dei Suoi dati;
11. il Titolare del trattamento dei dati in oggetto e’ la Eli Lilly Italia S.p.A, con sede in Via Gramsci 731 - 50019 Sesto Fiorentino (FI) nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore;
12. il Responsabile del trattamento dei dati in oggetto è il Dr. Massimo Verdilio per Lilly Oncologia, Dr. Vincenzo Navarra per Lilly Diabete e GH, Dr. Luca Martines per Lilly Andrologia e Salute mentale, Dr. Cristiana Caldarelli per Lilly Osteoporosi e Sindrome coronarica acuta, Dr. Concetto Vasta per Corporate & Public Affairs via Gramsci 731 (50019) Sesto Fiorentino (FI).
13. Per ogni eventuale comunicazione relativa al trattamento dei dati e più in particolare all’esercizio dei diritti di cui all’articolo 7 La invitiamo a contattare il Customer Meeting Services Team, incaricato al trattamento dei dati personali, al numero 02 9129 489 oppure all’indirizzo: [Lilly\_Italia\_CMS@lilly.com](mailto:Lilly_Italia_CMS@lilly.com) (all’interno dell’Unione Europea) o a seguire direttamente le istruzioni riportate sul nostri sito relativo alla trasparenza.

**Dati del Professionista Sanitario**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome e cognome:* |  |
| *Specializzazione* |  |
| *Nato a:* |  |
| *il:* |  |
| *Tel:* |  |
| *E-Mail:* |  |

Le dichiarazioni di cui sopra sono rilasciate sotto la mia responsabilità ed in virtù di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 relativo alla veridicità delle informazioni rilasciate.

***Firma Professionista Sanitario : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***