Educazione Continua in Medicina
Scheda di iscrizione
(compilare in stampatello, una lettera per casella)

Titolo dell'evento : _____

Data : _____

Luogo : _____

Cognome	
Nome	
Sesso	M ☐ F ☐
Luogo di nascita	
Data di nascita	giorno / mese / anno
Codice Fiscale	
Indirizzo	
Comune	
Provincia	
CAP	
Telefono	
Cellulare	
e-Mail	
Professione	
Disciplina	
ASL	

NOTE

Informativa & Consenso al trattamento dei dati personali:
Si informa che – ai sensi e per gli effetti di cui alla DLGSVO 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni - i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti dal Titolare (*specificare*) in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità di gestione dei corsi ECM e realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile nominato dal Titolare (*specificare)*

**** *** ***
Dichiaro di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei miei dati personali come da informativa di cui sopra.

Luogo e Data: _____

Firma _____