

Scheda di iscrizione

Nome:	
Cognome:	
Data di nascita:	
Luogo di nascita:	
Indirizzo:	
Città:	
Cap:	Prov:
Tel:	
Fax:	
Cell:	
C.F.	
EMAIL:	
Specializzazione professionale:	
<p>La preghiamo di voler compilare in stampatello la scheda di iscrizione indicando tutti i dati anagrafici richiesti al fine di emettere il documento di accreditamento formativo ECM. Ai sensi del d.lgs 193/03 i suoi dati personali saranno trattati per la gestione del corso dai nostri responsabili e incaricati, con mezzi informatici e cartacei. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in sua mancanza, non saremo in grado di procedere all'iscrizione. Può controllare i dati, modificarli, cancellarli e opporsi al loro trattamento, rivolgendosi a ciascun titolare agli indirizzi indicati. Presso gli stessi è disponibile l'elenco aggiornato dei rispettivi responsabili.</p>	