|  |  |
| --- | --- |
| Cognome: | |
| Nome: | |
| Codice fiscale: | |
| Professione *(rif. Tabella F):* | |
| Disciplina(per medici) *(rif. Tabella G):*: | |
| Libero professionista /Dipendente: | |
| Tel: | Cellulare.: |
| Mail: | |
| Vuole ricevere la nostra newsletter: SI [ ] NO [ ] | |
| Note: | |

Sono consapevole che i dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all’art. 13 del d.lgs. 196/2003 (c.d. Testo unico Privacy). I dati forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative e per l’ottenimento dei crediti ECM. I dati saranno comunicati alla Segreteria organizzativa del corso, ai docenti, al responsabile dell’evento, ad A.GE.NA.S e CO.GE.APS. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l’eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*LA PRESENTE SCHEDA, DEBITAMENTE FIRMATA E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRA’ ESSERE CONSEGNATA ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA.*