|  |
| --- |
| 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.*