



## SCHEDA DI ISCRIZIONE (DA RESTITUIRE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SESSO: F  M  NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

COD.FISCALE \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

AZIENDA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

NUMERO ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_ SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_ PROFESSIONE CON DIRITTO AI

CREDITI ECM SI  NO

### CHIEDE

di partecipare al **CORSO DI FORMAZIONE IN EPATOLOGIA PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE ACCREDITATO CON CREDITI ECM 15**

### SI IMPEGNA

- A rispettare l'orario del corso
- A garantire la presenza al corso nella misura del 90% delle ore previste
- A sottoporsi alla valutazione di apprendimento (quando richiesta) e a compilare la scheda di valutazione docente e quella di valutazione corso

Al termine del corso verrà rilasciato a tutti i partecipanti un attestato di partecipazione.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_