

SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO ECM



COMPILARE OGNI PARTE DELLA SCHEDA IN STAMPATELLO LEGGIBILE
(specificare il tipo di specializzazione):

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. (_____) il _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Fax _____

Cell _____

E-mail _____

Professione _____

Specializzazione _____

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Partecipante reclutato: SI NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196 del 30 giugno 2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).
Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che le informazioni fornite verranno utilizzate per trasmettere i dati di partecipazione ad Agenas
e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider, ai sensi del Reg. UE 2016/679 a tutela della privacy.

Data _____

Firma _____