

**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 \_\_\_\_\_