



Pescara, 21-22 Aprile 2017

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Iscrizione gratuita

Inviare a:

andreafrancescoledda@gmail.com

oppure a: sse@simonasantopadreventi.it

Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____

Nato a _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

LIBERO PROFESSIONISTA **DIPENDENTE** **CONVENZIONATO** **PRIVO DI OCCUPAZIONE**

SPECIALISTA

SPECIALIZZANDO

PROFESSIONE: Medico Chirurgo

DISCIPLINA: _____

Altro _____

NUM. ISCRIZIONE ORDINE/COLLEGIO/ASSOCIAZIONE _____ **PROV.** _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. L.vo 196/2003 – Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Le garantiamo la massima riservatezza, è effettuato all'unico fine della Sua partecipazione all'evento. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi per nessun altro motivo oltre a quello esposto e per essi Lei potrà chiedere ai sensi dell'art. 7 del D. L.vo n. 196/2003, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione.

Data _____

Firma _____