

“GESTIONE PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE CON TUMORE DEL RETTO”

Genova, 25 maggio 2018

Scheda di iscrizione

*Si prega cortesemente di inviare la scheda compilata all'indirizzo e-mail **congressi@pro-forma.org***

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____

(specificare: Medico, Infermiere Professionale, Biologo, Tecnico lab. ecc)

Ordine/Collegio/Ass.prof.le _____ **Prov.** _____

N° iscrizione _____

Disciplina/Specializzazione _____

☐ Libero professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐ Specializzando

☐ Privo di occupazione

Qualifica _____

Ente di appartenenza _____

Divisione _____

Indirizzo ente _____ **Cap** _____ **Città** _____

Tel. _____ **Fax** _____

E-mail _____

E-mail PEC* _____

Indirizzo abitazione _____

Cap _____ **Città** _____

Cellulare _____

Firma leggibile _____

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13

del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella
suddetta informativa, ed in particolare:

a) per fornire i servizi informatici richiesti e per assolvere a tutti gli obblighi amministrativi e legali connessi;

☐ **Dà il consenso** ☐ **Nega il consenso**

b) per promuovere i Corsi organizzati da PRO-FORMA srl

☐ **Dà il consenso** ☐ **Nega il consenso**

Luogo _____ **Data** _____

Firma leggibile _____