



Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n. 356-65950

Corso di formazione ed aggiornamento su:  
***“MEDICO-PAZIENTE: RAPPORTO FIDUCIARIO”***  
Messina 8 Giugno 2013 – Auditorim dell’Ordine

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE**

(da presentare agli uffici dell’Ordine dei Medici di Messina o inviare al fax n. 090-694555)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. ( )

indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Figura professionale:**

- Medico  
 Odontoiatra

con la presente manifesta il proprio interesse e dichiara la sua disponibilità a partecipare, in qualità di discente, all’evento formativo specificato in epigrafe, prendendo nota che i dati riportati in questo foglio saranno trasmessi alla Commissione Nazionale per il Programma di Educazione Continua in Medicina a cura dell’Age.n.a.s.

**Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali**

L’Ordine, rispetta la Sua riservatezza conformemente ai termini del nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 196/2003. Lo stesso garantisce che i Suoi dati non verranno condivisi da nessun altro soggetto, ma saranno utilizzati ed opportunamente trattati per i fini inerenti e conseguenti l’iniziativa oggetto della presente. Tali dati saranno conservati sotto forma cartacea e saranno immessi in un personal computer dotato di idonee misure di sicurezza. I dati stessi non saranno oggetto di diffusione e non saranno comunicati a terzi senza la preventiva autorizzazione.

Sulla base delle informazioni sopra riportate, do il mio consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei miei dati personali sopra riportati.

Data .....

Firma .....