Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina

Ente di Diritto Pubblico D.L.C.P.S. 13.09.1946 n.233

Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n. 356-96897

Corso di formazione ed aggiornamento su:

"LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON ANEMIA"

Messina 7 Giugno 2014 – Auditorium "G. Martino" della sede 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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'Agenas.

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 .....