



Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n. 11889-301649

Nona edizione delle Giornate siciliane di formazione micropsicoanalitica:
“CREATIVITA’ E CLINICA”

Capo d’Orlando (ME), Aula Magna di Villa Piccolo 16 e 17 novembre 2007

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

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

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

Comune di residenza _____ Prov. () _____

indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Medico

Psicologo

Studente

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 del Ministero della Salute.

Allega ricevuta di avvenuto versamento sul c/c bancario n.519623, intestato a "Istituto Italiano di Micropsicoanalisi", acceso presso la Banca San Paolo Intesa, ag.700 Piazza San Carlo, 156 - 10121Torino - ABI 010255 CAB 01000

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

L’Istituto Italiano di Micropsicoanalisi, 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