



SCHEDA DI REGISTRAZIONE ALL'EVENTO FORMATIVO

Cognome e Nome _____

nato a _____ il / /

Indirizzo abitazione _____

Comune _____ C.A.P. ()

Qualifica (MdF, MCA, MET) _____

Presidio o ambito territoriale di lavoro _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Prendo nota che i dati di valutazione riportati in questo foglio saranno trasmessi alla Commissione Nazionale per il Programma di Educazione Continua in Medicina a cura del Ministero della Salute.

Gli organizzatori dell'evento formativo in epigrafe indicato, rispettano la Sua riservatezza conformemente ai termini del Nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 196/2003. Gli stessi garantiscono 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