SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO

Titolo dell'evento

Data di svolgimento

Sede di svolgimento

Dati del richiedente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Qualifica professionale _____ Specializzazione _____

Iscritto all'Ordine/Collegio/ASS professionale dei _____

al numero _____

Dipendente ☐ SI ☐ NO

Dell'Azienda _____

Partecipante reclutato ☐ SI (se per la partecipazione all'evento il professionista beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti e indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario)

☐ NO

Azienda sponsor _____

Dichiaro di essere domiciliato in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. ___ Cap _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo *e-mail* _____

* Presa visione e letta l'informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003 e dell'informativa nazionale Privacy Partecipanti ECM reperibile sul sito Agenas all'indirizzo https://ecm.agenas.it/privacy-policy, autorizzo I.F.C.A. S.p.A., organizzatore dell'evento, al trattamento dei miei dati personali con modalità manuali e/o informatiche ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento U.E. 2016/679 e s.m.i.. In caso di evento FAD in modalità sincrona, autorizzo altresì' I.F.C.A. S.p.A. a effettuare la registrazione dell'evento stesso per gli usi consenti da legge.

Luogo e data _____ Firma _____