

Napoli,.....

Alla Segreteria Organizzativa  
Via G. Silvati,32  
80141 NAPOLI – **Telefax n. 081-441412**

## Modulo di iscrizione

Cognome ..... Nome .....

luogo di nascita ..... data di nascita.....

residente a ..... cap ..... via .....

telefono abitazione..... telefono cellulare.....

indirizzo di posta elettronica (si prega scrivere a macchina) .....

Codice fiscale .....

Medico Chirurgo, branca di.....in servizio presso.....

Chiede di partecipare al Corso ECM:

### **DONNA, SALUTE E SOCIETA': REPETITA IUVANT**

**Sede: sala congressi Ordine Medici Napoli**

**22 maggio 2019**

Firma .....

#### **Consenso per il trattamento dei dati sensibili**

Consente il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità statutarie dell'Associazione, nel pieno rispetto della privacy ai sensi del Regolamento Generale europeo sulla Protezione dei Dati (GDPR-EU 679/2016) e Dlgs.196/2003 modificato dal Dlgs. 101/2018

Data.....

Firma .....