



Napoli,.....

Alla Segreteria Organizzativa SUMAI/SIFoP
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)

Medico-Chirurgo in servizio presso.....

Branca Codice fiscale

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**“Corso di aggiornamento ECM sulla gestione del paziente attraverso l’integrazione multidisciplinare territorio-ospedale budget compatibile. L’accoglienza”
(dalle ore 8,30 alle ore 18,00)**

Sede: Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri, Via Riviera di Chiaia, 9/C, Napoli

15 Maggio 2014

Firma

Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il sottoscritto dichiara espressamente di aver ricevuto l’informativa prevista dall’art.13 del D.Lgs. 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dunque di conoscere le modalità e le finalità del trattamento dei dati da parte del SUMAI di Napoli e della SIFoP, inoltre, dichiara di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall’art. 7 del D.Lgs. 196/03 ed esprime, pertanto, il consenso per il trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Data.....

Firma