



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) ………………………………………….

Codice fiscale ………………………...…………….

🗌 Medico-Chirurgo in servizio presso……………………Branca……………………………….

🗌 Biologo

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**“Strategie Terapeutiche delle Patologie Croniche ad Elevato Impatto**

**Socio-Sanitario: Stato dell’Arte”**

**(dalle ore 8,30 alle ore 18,00)**

**Sede: SUMAI Napoli, via G. Silvati 32**

I edizione: 🗌 12 giugno 2017

II edizione: 🗌 25 settembre 2017

III edizione: 🗌 13 novembre 2017

Modalità di iscrizione: **** 1) Iscritto SIFoP/SUMAI: **gratuito**

 2) Non iscritto SIFoP/SUMAI: **€ 200** da versare alla Svagando SAS

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 ………………