  

Napoli,………….. Alla Segreteria ANSOA

 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……………………………….

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**“ORL UP DATE 2019”**

 **Sede: SUMAI, Via Silvati 32, Napoli**

**30 ottobre 2019**

Modalità di iscrizione: **** 1) Iscritto ANSOA, Gruppo Campano ORL, SIFoP Napoli: **gratuito**

  2) Non iscritto: **€ 200**

 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 ………………