

Napoli,………….. Alla Segreteria Organizzativa

c/o SUMAI di Napoli

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……………………………….

🗌 Odontoiatra in servizio presso ……..

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**“La responsabilità professionale del Medico: considerazioni a due anni di distanza dalla Legge 24 dell’8 marzo 2017”**

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

**Sede: Hotel Holiday Inn**

8 febbraio 2019

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 , 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 ………………