

Napoli,………….. Alla Segreteria Organizzativa SUMAI/SIFOP

 Via G. Silvati,32

 80141 NAPOLI –

 **e-mail: info@sumainapoli.it**

### 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………….

🗌 Biologo In servizio presso………………….

 Psicologo in servizio presso………….

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**5° Convegno Regionale SiFop della Campania**

**“La Sfida della Specialistica Ambulatoriale dalla Comunicazione alla Clinica nelle Case di Comunità”**

 **(dalle ore 8.30 alle ore 16.30)**

**Data: 29/02/2024**

**Sede: Auditorium Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Di Napoli**

 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 ……………