

SCHEMA DI ISCRIZIONE

da compilare ed inviare

via mail a provvidenzamichele@libero.it

via fax al numero 05846055301

La comunicazione persuasiva Firenze, 19 Settembre 2014

Dati obbligatori per attribuzione crediti formativi ECM

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Il _____ / _____ / _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____ E-mail _____

Indirizzo Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Professione _____

ISCRIZIONE

La partecipazione al Corso è gratuita ed è riservata agli iscritti CISL TOSCANA e UMBRIA

L'iscrizione dà diritto a: partecipazione al corso, kit congressuale, attestato di partecipazione.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Corso e per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM). L'autorizzazione al trattamento dei vostri dati è obbligatoria e in sua assenza non sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art.7 del decreto Legislativo 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente al Ministero della Salute per l'espletamento della pratica ECM.

Data _____

Firma _____