**CONVEGNO “AI CONFINI DELLA VITA”**

**Torino – Casa della Divina Provvidenza – Cottolengo**

**25 gennaio 2020**

**Accreditato ECM per tutte le professioni sanitarie**

 **SCHEDA DI ISCRIZIONE**DATI OBBLIGATORI RICHIESTI DAL MINISTERO DELLA SALUTE *PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ASSEGNATI ALL’EVENTO*

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME e NOME** |  |
| **Codice Fiscale**  |  |
| **Luogo e data di nascita**  |  |
| **Professione** |  |
| **Residenza(Località/Via/Numero civico/CAP)** |  |
| **Telefono abitazione**  |  |
| **Telefoni cellulari** |  |
| **Indirizzo posta elettronica:** |  |
| **Sede di Servizio**  |  |
| **Telefono Sede di Servizio** |  |
| **ECM** |  **SI NO**  |

**(scrivere in stampatello)**

**Firma**

**Dichiarazione di presa visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali e di consenso al trattamento**

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del Reg. UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla suindicata normativa e di acconsentire al trattamento dei miei dati, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nell’informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto associativo.

**Data e Luogo**

**Firma**