

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il *10 novembre 2015* al numero di fax 070 656263 – e-mail cristinabodano@kassiopeagroup.com

Ruolo: Partecipante

MEDICO CHIRURGO DISCIPLINA: _____

Cognome

Nome

codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Luogo e data di nascita

Professione

Disciplina¹

Tel

Cell.

e-mail

INDIRIZZO LAVORO

Via

Città

CAP

Prov.

Istituto Ospedale Università Azienda Ente

Reparto Dipartimento Clinica U.O. Divisione

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via

CAP

Prov.

Città

Fax*

e-mail*

Tel.

*Campi obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione.

Data	Firma
------	-------

Informativa sulla Privacy

La informiamo che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda d'iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, ma indispensabile ai fini amministrativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e verranno utilizzati in caso di invio di future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Kassiopea Group.

Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate.

Titolare dei sopraindicati trattamenti è Kassiopea Group Srl, con sede in Via Stamira, 10 a Cagliari.

Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Kassiopea Group Srl.

I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Eventi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

Consenso

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 ed esprime il suo consenso previsto dagli articoli 23 e ss della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data _____ Firma _____

¹ La disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici e fisici ed è relativa alla disciplina in cui il professionista opera.