

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Si prega di compilare in stampatello e inviarla, entro il 11 Ottobre 2015 alla Segreteria Organizzativa: Kassiopea Group Srl, via Stamira 10 – 09134 Cagliari o al numero di fax 070 656263 o via e-mail a: [gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com](mailto:gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com)

**Tutti i campi sono obbligatori**.

**EVENTO ACCREDITATO A TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE**

**Cognome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice fiscale:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Professione:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Istituto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo lavoro**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tel.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*Disciplina:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Ruolo:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\* Ruolo**:** P=Partecipante ECM D=Docente T=Tutor R=Relatore \*\* Disciplina: Specificare Specializzazione già conseguita. È possibile inserire più discipline per lo stesso partecipante separate da virgola.

**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.

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.

Data Firma