

## Scheda iscrizione eventi formativi

<b>Titolo evento</b>		
<b>Data evento</b>		
<b>Cognome</b>		
<b>Nome</b>		
<b>Data nascita</b>		<b>Maschio</b> <input type="checkbox"/> <b>Femmina</b> <input type="checkbox"/>
<b>Luogo di nascita (località e provincia)</b>		
<b>Codice Fiscale</b>		
<b>Indirizzo Via e N°</b>		
<b>CAP, Città, Provincia</b>		
<b>Indirizzo mail</b>		
<b>Telefono</b>		
<b>Telefono cellulare</b>		
<b>Professione – ECM</b>		
<b>Disciplina – ECM</b>		
	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Non occupato	
<b>Sede lavorativa</b>		
<b>Azienda di appartenenza</b>		
<b>Eventuali ulteriori recapiti / domicilio</b>		

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modifiche sulla tutela dei dati personali, sono consapevole e autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione all'evento e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

Accetto le condizioni per l'iscrizione e la partecipazione agli eventi formativi indicate sul sito Internet dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer.

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_