**Scheda iscrizione eventi formativi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titolo evento** |  | |
| **Data evento** |  | |
| **Cognome** |  | |
| **Nome** |  | |
| **Data nascita** |  | **Maschio** **Femmina** |
| **Luogo di nascita (località e provincia)** |  | |
| **Codice Fiscale** |  | |
| **Indirizzo Via e N°** |  | |
| **CAP, Città, Provincia** |  | |
| **Indirizzo mail** |  | |
| **Telefono** |  | |
| **Telefono cellulare** |  | |
| **Professione** – ECM |  | |
| **Disciplina** – ECM |  | |
| **Specialità** |  | |
| 🞎 Dipendente 🞎 Convenzionato 🞎 Libero professionista 🞎 Non occupato | | |
| **Sede lavorativa** |  | |
| **Azienda di appartenenza** |  | |
| **Eventuali ulteriori recapiti / domicilio** |  | |

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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_