



***FITOTERAPIA INTEGRATA: OBESITÀ E SINDROME METABOLICA***

Si prega di compilare il modulo usando una penna blu o nera, in modo leggibile, in stampatello. La mancata interpretazione dei dati può dar luogo all'impossibilità di accreditamento ministeriale.

Per info ed iscrizioni contattare la Segreteria Organizzativa ai seguenti recapiti: 3458731343 - [associazione.abns@gmail.com](mailto:associazione.abns@gmail.com)

**Quota di iscrizione €80,00 - Crediti 8 - Numero partecipanti 100**

**Rivolto a Medici Chirurghi (tutte le specializzazioni) - Biologi – Dietisti - Psicologi**

I dati indicati sono indispensabili al fine di poter ottenere il riconoscimento dei crediti ECM erogati dal Ministero della Salute.

| DATI PERSONALI                                  |  |                                   |   |
|---|--|-----------------------------------|---|
| Codice fiscale                                  |  |                                   |   |
| Cognome   |  |                                   |   |
| Nome  |  |                                   |   |
| Data di nascita (gg/mm/aaaa)                    |  |                                   |   |
| Comune di nascita                               |  | PR                                |   |
| Comune di residenza                             |  | PR                                |   |
| Indirizzo di residenza                          |  | CAP                               |   |
| Telefono  |  | Cellulare                         |   |
| Indirizzo email                                 |  |                                   |   |
| Indirizzo posta certificata (PEC)               |  |                                   |   |
| Professione                                     | <input type="checkbox"/> Medico chirurgo: Specializzazione _____ |                                   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Biologo                                 | <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Psicologo            |
| N. iscrizione Ordine/Albo/Associazione/Collegio |  |                                   |   |
| Posizione lavorativa                            | <input type="checkbox"/> Libero professionista                   |                                   | <input type="checkbox"/> Dipendente           |
|   | <input type="checkbox"/> Convenzionato                           |                                   | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |
| Struttura pubblica o privata di appartenenza    |  |                                   |   |

I dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di formazione continua in medicina e in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali". I partecipanti possono, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.) fermo restando l'impossibilità di ricevere accreditamento ECM nel caso i dati forniti venissero meno.

La sottoscrizione della presente è anche strumentale alla domanda di ammissione a socio sostenitore dell'Associazione Culturale Conoscenza Medica, a norma dello statuto.

Con la sottoscrizione della presente si dà il consenso espressamente a codesta Organizzazione, nonché a Enti e/o società esterne ad essa collegati, al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate e per l'invio di comunicazioni di altri eventi formativi inerenti propria disciplina.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Firma \_\_\_\_\_