

**LA SALUTE DELLA DONNA: LE PATOLOGIE PRETTAMENTE FEMMINILI**

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:

3408167692 - biologinutrizionisticalabresi@gmail.com

Quota iscrizione €35,00 - Crediti ECM 7 - Numero partecipanti 100

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 specializzato in _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> Psicologo | <input type="checkbox"/> Farmacista |
| 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 _____