



ISTITUTO | MEDICINA INTEGRATA

SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO ECM

FENASCOP nr. 1578

**"DISABILITA' INTELLETTIVA:
TEORIE ED ESPERIENZE DI INCLUSIONE REALE."**

12 aprile 2018 | Orario: 9 - 18:00

PIAZZA DEI MESTIERI Via Jacopo Durandi 15 -Torino (Sala polivalente - primo piano)

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Cell. _____

E-Mail: _____

Sede di Lavoro _____

Qualifica _____

chiede di iscriversi al Corso ECM citato in titolo.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE: l'accettazione dell'iscrizione avviene in seguito alla ricezione della presente scheda. L'ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione dà precedenza sul riempimento dei posti previsti. La sostituzione del partecipante iscritto è consentita previa comunicazione scritta.

LA PRESENTE SCHEDA D' ISCRIZIONE DEBITAMENTE FIRMATA E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRA' ESSERE **INVIATA ENTRO E NON OLTRE IL 9 APRILE A:**

ES | Istituto Medicina Integrata - Corso Francia 19bis/f, 10138 Torino

Segreteria Organizzativa: segreteria@poliambulatorioes.it

CONTATTI: tel. **011 1987 94 21** | cell. **345 16 73 838**

DATA _____

FIRMA DEL CORSISTA (con responsabilità sulla correttezza dei dati)

INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):

L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE L'INTERESSATO FORNISCE IL CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI COMMERCIALI AI SENSI DELL'ART. 130 N.1 (D.LGS N. 196/03) ED ALLA PUBBLICIZZAZIONE DI FUTURE INIZIATIVE DI FORMAZIONE.

DATA _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____

