

SCHEDA REGISTRAZIONE PARTECIPANTE

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>
----------------	-------------

<i>Data di nascita</i>	<i>Luogo di nascita</i>
------------------------	-------------------------

<i>Codice fiscale</i>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<i>Professione</i>

<i>Disciplina Eventuale Specializzazione</i>
--

<i>Barrare l'attività professionale svolta</i>
<input type="checkbox"/> <i>Libero professionista</i> <input type="checkbox"/> <i>Dipendente</i> <input type="checkbox"/> <i>Convenzionato</i> <input type="checkbox"/> <i>Privo di occupazione</i>

<i>Indirizzo</i>

<i>Città</i>	<i>CAP</i>	<i>Provincia</i>
--------------	------------	------------------

<i>Recapito Telefonico</i>	<i>Cellulare</i>
----------------------------	------------------

<i>E-mail (obbligatoria per crediti E.C.M.)</i>

<p>Consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità dichiara che:</p> <p><input type="checkbox"/> Non è stato invitato a partecipare all'evento da nessuna Azienda Farmaceutica o Azienda Produttrice di Dispositivi Medici</p> <p><input type="checkbox"/> È stato inviato a partecipare all'evento dall'Azienda sponsor _____</p>

Autorizzo l'uso dei dati a norma del D. Lgs. n. 196 in vigore dal 30 giugno 2003 sulla tutela della privacy. Ai sensi del suddetto decreto, ho il diritto di chiedere, in qualsiasi momento, l'accesso, la cancellazione, la modifica o l'aggiornamento dei miei dati personali o il blocco, per motivi legittimi, del trattamento.

N.B. la mancata o l'erronea compilazione della scheda di registrazione comporta l'esclusione dal corso ECM

firma per esteso _____