**PALERMO 21 Settembre 2022**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO ECM**

**Da inviare tramite mail formazione@ordinemedicipa.it**

|  |
| --- |
| COGNOME  |
| NOME |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |
| CODICE FISCALE |
| INDIRIZZO |
| CAP- CITTA’ |
| RECAPITO TEL. |
| PROFESSIONE SPECIALIZZAZIONE |
| E-MAIL |

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03” al solo scopo organizzativo e promozionale dell’attività formativa. In qualsiasi momento potrò chiede la cancellazione, variazione e visione dei mei dati.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_