

E.C.M.

EDUCAZIONE CONTINUA in MEDICINA

Scheda di raccolta dei dati personali

Da compilare a cura del partecipante e da restituire alla Segreteria del Servizio Formazione

DATI DEL PARTECIPANTE

(Si prega di compilare in maniera leggibile ed in stampatello)

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Città e Provincia: _____

Telefono: _____

e-mail: _____

Professione e categoria: _____

Specializzazione: _____

Matricola e data di assunzione: _____

Struttura d'Appartenenza: _____

Sede della struttura: _____

Reparto: _____

Telefono della struttura: _____

FAX della struttura: _____

Firma (*) _____

(*) **Informativa e consenso al trattamento dei dati personali:** Si informa che – ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 – i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti dall'Ufficio Formazione in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità di gestione del corso ECM e per la realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati rivolgendosi al Responsabile del Servizio Formazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali come da informativa di cui sopra.

Firma _____