



Da inviare via email formazione@ordinemedicipa.it

SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

LA TUTELA DELLA FERTILITA' IN ETA' EVOLUTIVA

9-10 maggio 2023

Villa Magnisi

COGNOME
NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
INDIRIZZO
CAP- CITTA'
RECAPITO TEL.
AZIENDA DI APPARTENENZA
SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA
QUALIFICA
SPECIALIZZAZIONE
DIPENDENTE <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/>
CONVENZIONATO <input type="checkbox"/>
E-MAIL
NUMERO ISCRIZ. ALBO/COLLEGIO/ ASS.
"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 POTRO' CHIEDERE LA CANCELLAZIONE,
VARIAZIONE E VISIONE DEI MIEI DATI.

FIRMA _____