

<p>ISTITUTO G.GASLINI</p>	<h1>SCHEMA DI ISCRIZIONE</h1>	
---------------------------	-------------------------------	---

Inviare alla Segreteria Organizzativa entro il
 Tel.: 010/5636.805/554, Fax: 010/3776590, e-mail: sisp@ospedale-gaslini.ge.it

Titolo evento:

Codice Evento (ID):

Rif. E.C.M. n°:

Sede:

Data:

NOME.....

Indirizzo privato:

CAP.....Città.....Prov....Tel...../.....Cell.....Fax...../.....

e-mail.....

Ente/Istituto.....

Unità Operativa

Indirizzo di lavoro:.....

CAP.....Città.....Prov.....Tel...../.....Cell.....Fax...../.....

Ai fini dell'accreditamento E.C.M. gli iscritti Italiani sono pregati di includere i seguenti dati:

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Codice fiscale

ProfessioneDisciplina

Art. 13, D.lgs. n. 196/2003 Tutela della riservatezza. I dati da Lei comunicati sono riservati e verranno trattati al solo scopo di prestare il servizio in oggetto inclusa l'attribuzione dei crediti ECM. Verranno pertanto trasmessi alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina e conservati nella base dati della SISP per informarla sui prossimi eventi SISP e riutilizzati per Sue future partecipazioni ad eventi SISP. Barrare qui se desidera far cancellare i Suoi dati dalla base dati SISP
 Il titolare del trattamento e' l'Istituto G. Gaslini, L.go G. Gaslini 5, 16147 Genova, cui si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della legge sopracitata (accesso, correzione, cancellazione dei dati, ecc.).

Data..... Firma.....