

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

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

|  |
| --- |
| COGNOME  |
| NOME |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |
| CODICE FISCALE |
| INDIRIZZO CAP CITTA’  |
| RECAPITO TEL. |
| PROFESSIONE SPECIALIZZAZIONE |
| DIPENDENTE LIBERO PROFESSIONISTA CONVENZIONATO  |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_