**SCHEDA D’ISCRIZIONE CONVEGNO ECM**

***“Retinopatie congenite ed acquisite in età pediatrica: diagnosi e riabilitazione”***

***18 Gennaio 2020***

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSIZIONE LAVORATIVA PER LA QUALE SI PARTECIPA AL CORSO

* Libero Professionista
* Dipendente
* Convenzionato S.S.N.

***Chiede di iscriversi al Corso ECM citato in titolo.***

**Modalità di partecipazione**: l’accettazione dell’iscrizione avviene in seguito alla ricezione della presente scheda. L’ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione dà precedenza sul riempimento dei posti previsti. La sostituzione del partecipante iscritto è consentita previa comunicazione scritta.

Il Firmatario dichiara di aver preso visione delle informazioni e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte.

LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE DEBITAMENTE FIRMATA E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRÀ ESSERE INVIATA:

- VIA FAX AL NUMERO 0721/416171 o

- INVIATA VIA E-MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO: **pesaro@irifor.eu**

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Corsista

(Con responsabilità sulla correttezza dei dati) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (FIRMA LEGGIBILE)

**PUNTI DI CONTATTO:**

**Segreteria Organizzativa**: 337 1067962

**IRiFoR**, Via Vincenzo Rossi 75, 61122 Pesaro

**INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):**

L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE L’INTERESSATO FORNISCE IL CONSENSO ALL’INVIO DI COMUNICAZIONI COMMERCIALI AI SENSI DELL’ART. 130 N.1 (D.LGS N. 196/03) ED ALLA PUBBLICIZZAZIONE DI FUTURE INIZIATIVE DI FORMAZIONE.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA PER ACCETTAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_