



SCHEDA DI ISCRIZIONE

SPERIMENTAZIONE CLINICA IN NEUROLOGIA

Ricerca di base e pratica clinica insieme per una cura migliore

20 Giugno 2019

Nome e Cognome _____
Via _____ N° _____ CAP _____
Città _____ (____) _____
Luogo di nascita* _____ Prov* _____ Data di nascita _____
Tel. _____ Email* _____
Pec _____ CF* _____
Titolo di studio (specializzazione)* _____
Professione sanitaria* _____
Disciplina* _____ Libero professionista* Dipendente* Privo di occupazione*

E' stato richiesto l'accreditamento di e crediti ECM-CPD - Regione Lombardia per l'anno 2019 per le figure professionali con profilo sanitario. L'attestato sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione (90% di frequenza).

I campi evidenziati da * devono essere compilati obbligatoriamente al fine della attribuzione dei crediti ECM, come da regolamento Co.Ge.A.P.S.

La presente scheda di iscrizione è da rinviare compilata e firmata
via fax al numero **02.48593312**
o via email all' indirizzo: a.marturano@ccppdezza.it – p.limina@ccppdezza.it

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 La informiamo che i dati personali raccolti col presente modulo saranno trattati da Casa di Cura Privata del Policlinico S.p.A., con mezzi informatici o cartacei, per le seguenti finalità: erogazione dei servizi di formazione, adempimento di obblighi contabili e fiscali, programmazione delle attività e gestione del contenzioso. La base giuridica che legittima il trattamento è l'adempimento ad impegni contrattuali e l'ottemperanza di disposizioni normative vigenti. Il mancato conferimento non permetterà di adempiere a quanto richiesto. I dati personali saranno trasferiti a fornitori di servizi. La informiamo inoltre che i dati di contatto saranno trattati per inviare comunicazioni in merito a servizi erogati e/o in merito ai crediti formativi in scadenza e/o alla partecipazione a ricerche di mercato effettuate da terzi. Questi trattamenti hanno quale base giuridica legittimante il suo consenso. In questo caso il dato è conservato fino a che sopravvenga revoca del consenso. Le ricordiamo che per maggiori informazioni o richieste specifiche (cancellazione, blocco, aggiornamento, rettifica, integrazione dei dati od opposizione al trattamento) può scrivere all'indirizzo Via Dezza n.48 20144 Milano o inviare una mail a casadicurapoliclinico.dpo@avvera.it

Rispetto alle comunicazioni in merito a servizi di formazione del titolare: do il consenso nego il consenso

Data _____

FIRMA _____