

## La psoriasi: coinvolgimento cutaneo e artrite

24 Ottobre 2015

Sala Conferenze Hotel Miramare, Trebisacce (CS)

### **Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M.** (si prega di scrivere stampatello)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Cod.Fisc. [ ]

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Iscrizione Ordine N. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Libero Professionista[ ] Dipendente[ ] Convenzionato[ ] Senza occupazione[ ]

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Il corso, cod. ECM 137165, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (delle seguenti specializzazioni: Continuità assistenziale, Dermatologia, Medicina Interna, Medici di Medicina generale, Radiodiagnostica, Reumatologia) e **FARMACISTI** per un numero massimo di 30 partecipanti.

Per iscriversi al corso è necessario compilare il presente modulo ed inviarlo via fax allo **0984.830987** oppure via posta elettronica a [info@jbprof.com](mailto:info@jbprof.com) e contattare telefonicamente la segreteria per verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 30 pervenute, da lunedì a venerdì ore 9:00 - 13:00 allo **0984.837852**. La partecipazione è gratuita. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico basato sulla data di iscrizione pervenuta.

### **Privacy**

In base al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento. Qualora non desidero la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [ ] Qualora non desidero ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco [ ]

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_