

VII Giornata di Dermatologia Clinica

5 Marzo 2016

Sala Capitolare Chiostro di San Domenico Cosenza

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 146098, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (delle seguenti specializzazioni: Allergologia ed Immunologia Clinica; Dermatologia e Venereologia; Medicina Interna; Pediatria; Ginecologia e Ostetricia; Medicina Generale - Medici Di Famiglia; Continuità Assistenziale; Pediatria - Pediatri di Libera Scelta) e **FARMACISTI** (Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale) per un numero massimo di 60 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 e contattare telefonicamente la segreteria per verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 60 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 desiderate la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [] Qualora non desiderate ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco []

Data _____

Firma _____