MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

DONAZIONE: COSA, QUANDO E PERCHE'

06 Dicembre 2016

Sala Conferenze Hotel Europa Rende (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 176440, è accreditato per **100 INFERMIERI ED INFERMIERI PEDIATRICI** iscritti al Collegio IPASVI di Cosenza, in regola con la quota associativa. L'iscrizione è gratuita e dà diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale e attestato ECM.
La consegna dell'attestato ECM è subordinata all'effettiva partecipazione all'intero programma formativo ed al superamento della verifica dell'apprendimento.

Si prega di inviare il presente modulo, compilato e sottoscritto, via fax allo **0984.830987** oppure via posta elettronica a *info@jbprof.com*

La preiscrizione dovrà essere confermata, pena l'esclusione, attraverso la registrazione presso la segreteria J&B disponibile in sede congressuale entro e non oltre le ore 8:30. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico di registrazione.

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 desideri la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [ ] Qualora non desideri ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco [ ]

Data _____ Firma _____