

MODULO ISCRIZIONE

Nome	
Cognome	
Luogo e data di nascita	
Codice Fiscale	
Telefono	
Cellulare	
email	
Indirizzo Residenza	Via:
Pr:	Città
	CAP:
Professione	
Iscrizione albo di	
Numero iscrizione	

COCI Cenacolo Odontostomatologico Centro Italia La informa che i suoi dati sono trattati nel rispetto della normativa in tema di privacy (decreto legislativo 196 del 2003), anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici e prevedendo la possibilità di una loro comunicazione a soggetti esterni coinvolti nella gestione dell'evento stesso: il conferimento di tali dati è obbligatorio in rapporto alla finalità di attribuzione dei crediti formativi ECM e comunque in quanto interessato lei è tutelato dai diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196 del 2003. La sua iscrizione dovrà essere approvata dal Direttivo.

Data:
Firma:



L'iscrizione è gratuita