



Evento formativo accreditato ECM con riferimento ID n. 2635 - 139354

**2° meeting**  
**delle GIORNATE**  
**dello STRETTO**  
**Update in Medicina**  
**di Emergenza-Urgenza**

**Palazzo dei Congressi**  
**AOU Policlinico "G. Martino" • Messina**  
**13/14**  
**novembre**  
**DUEMILAQUINDICI**

### RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto Dott. ....

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. ( )

indirizzo \_\_\_\_\_

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

Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico Chirurgo specialista in:

\_\_\_\_\_

Dipendente     Libero professionista     Convenzionato     Privo di occupazione

con la presente manifesta il proprio interesse e dichiara la sua disponibilità a partecipare, in qualità di discente, all'evento formativo specificato in epigrafe, prendendo nota che i dati riportati in questo foglio saranno trasmessi alla Commissione Nazionale per il Programma di Educazione Continua in Medicina a cura dell'Age.na.s. e che per acquisire l'attestato ECM occorre garantire la presenza in aula per l'intera durata dell'evento.

**Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali**

I soggetti in epigrafe indicati, rispettano la Sua riservatezza conformemente ai termini del nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 196/2003. Gli stessi garantiscono che i Suoi dati non verranno condivisi da nessun altro soggetto, ma saranno utilizzati ed opportunamente trattati per i fini inerenti e conseguenti l'iniziativa oggetto della presente. Tali dati saranno conservati sotto forma cartacea e saranno immessi in un personal computer dotato di idonee misure di sicurezza. I dati stessi non saranno oggetto di diffusione e non saranno comunicati a terzi senza la preventiva autorizzazione.

Sulla base delle informazioni sopra riportate, do il mio consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei miei dati personali sopra riportati.

Data .....

Firma .....