# SCHEDA DI ISCRIZIONE
# Settore AFR-AAF

Inviare alla Segreteria Organizzativa entro il 20/04 2017
Tel.: 010/563622878 Fax: 010/56362885 e-mail: lauraisnardi@cisef.org

**Titolo evento :**
**CORSO SUL CENTRO CLINICO PER I MALATI ORFANI DI DIAGNOSI DELLA REGIONE LIGURIA**
**Codice Evento (ID):2413** **Rif. E.C.M. n°: 856-192135**
**Data: 27 aprile 2017** **Sede: Genova, CISEF-Gaslini**

**NOME……...……COGNOME……...……...……..**

***Indirizzo privato:***
Via ……..…….…….n...……

CAP……..……..Città……Prov……Tel……Cell…….....

Fax…...…….. e-mail……

***Indirizzo di lavoro***:
Ente/Istituto……

Unità Operativa ……

Via ……. n. ……..

CAP……..…..Città…….……Prov……Tel…….……Cell…….....

Fax……..……..……..

Data di nascita.....……...……..Luogo di nascita.....……...…….....

Codice fiscale …….……

Professione ……..……☐ Disciplina/e ……..……..…….……☐ Nessuna disciplina

☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐ Libero professionista ☐ Privo di specializzazione

Iscritto a:

☐ ORDINE prov. ____ n. _____ ☐ COLLEGIO prov. _____ n. _____

☐ ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE n. _____☐ NESSUNO

**EVENTUALE RECLUTAMENTO DA PARTE DI SPONSOR**

**Dichiaro di essere stato reclutato da** _____

**In fede:** _____

*Art. 13, D.lgs. n. 196/2003 Tutela della riservatezza. I dati da Lei comunicati sono riservati e verranno trattati al solo scopo di prestare il servizio in oggetto. In caso di attribuzione di crediti ECM saranno trasmessi ad AGENAS. I Suoi dati saranno conservati nella base dati del CISEF ed utilizzati per Sue future partecipazioni ad eventi organizzati dal CISEF.*
*Il titolare del trattamento è il CISEF, Centro Internazionale di Studi e Formazione "Germana Gaslini", via Romana della Castagna, 11A, 16148 Genova, info@cisef.org cui si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della legge sopraccitata (accesso, correzione, cancellazione dei dati, ecc.).*

Data…….. Firma……



A0702.05-04