

	SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI	AII. MFOR015 / Sez.6.3	
		Rif. sez. MQ 6.3	Pag. 1 di 1
		Rev. 01	del 10/12/2025

e

TITOLO DEL CORSO: _____

DATA: _____

Cognome _____

Nome _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residenza via _____ n. _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Codice fiscale _____

Professione _____

Disciplina (per la professione medico) _____

Tel _____ Cell _____

Indirizzo posta elettronica _____

CAMPO FACOLTATIVO:

Luogo di lavoro: _____

Sede operativa (completa di indirizzo):

Recapito tel: _____

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali sopraindicati, ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196, per le finalità di gestione della presente richiesta.

Bra, lì _____ Firma dell'interessato/a _____

Privacy-informativa art.13 D.Lgs. 196/2003

Ai sensi del d.lgs. 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, formazione elenchi, gestione nell'ambito della banca dati per il Sistema di Educazione Continua in Medicina in ambito regionale e nazionale).

È possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento (Casa di Cura Città di Bra S.p.A.)