SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

(Compilare in STAMPATELLO in ogni sua parte ed indicare l'indirizzo di posta elettronica sul quale si desidera ricevere la conferma di partecipazione ed inviare entro il termine indicato sul programma alla Segreteria Organizzativa, Ufficio Formazione CRPT tel. 011 - 6333874, **fax 011 – 6333886** email **formazione@cpo.it**)

Il/La Sottoscritto _____

Nato/a a _____Provincia_____il _____

Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Appartenente all'Azienda Sanitaria _____

Indirizzo lavoro (servizio/ospedale) _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov ____

N. tel _____Fax_____ E mail _____

Indirizzo abitazione Via _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

N. tel _____ Cellulare_____ E mail _____

Chiede di essere iscritto/a all'attività formativa:

"CRPT: CORSO DI AGGIORNAMENTO PER TECNICI SANITARI DI SENOLOGIA DI SCREENING"
(Accreditamento ECM codice 300 – 42499 valutato 6 crediti formativi)

TORINO 15 ottobre 2022

(termine scadenza iscrizioni 10 ottobre 2022)

Qualifica professionale per attestato ECM:_____

Ruolo nello screening:_____

Si informa che eventuali prenotazioni per pernottamenti alberghieri sono a carico dei singoli partecipanti.

Il/la sottoscritto/a firmando il modulo di iscrizione , manifesta espressamente il suo libero e pieno consenso al Trattamento dei Dati secondo le finalità indicate nell'informativa allegata alla presente e nei limiti in cui il proprio consenso fosse richiesto ai fini della legge, nonché alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa stessa. La informiamo che in qualità di interessato ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Prima di esprimere il proprio consenso, l'interessato è informato di ciò. Il consenso è revocato con la stessa facilità con cui è accordato.

Data: _____Firma: _____