

Napoli,………….. Alla Segreteria Organizzativa SUMAI/SIFoP

 Via G. Silvati,32

 80141 NAPOLI – **Telefax n. 081-441412**

### Modulo di iscrizione

Cognome ………………………………………………………. Nome ……………………………...

luogo di nascita …………………………………data di nascita……………………………………..

residente a …………………………………… cap ………… via …………………………...……...

telefono abitazione………………………… telefono cellulare……………………………..………...

indirizzo di posta elettronica (si prega scrivere a macchina) ………………………………………….

Codice fiscale ………………………...…………….

🗌 Medico-Chirurgo in servizio presso……………………Branca……………………………….

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**“PDTA PER LE PROTESI ACUSTICHE”**

 **Sede: FIDEURAM, Piazza dei Martiri, Napoli**

**Data corso: 20/10/2017**

Modalità di iscrizione: **** 1) Iscritto SIFoP Napoli, ANSOA, Gruppo Campano ORL: **gratuito**

  2) Non iscritto: **€ 200** da versare alla Svagando SAS

 Firma ………………………..

# Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il sottoscritto ……………………………………………………………….. dichiara espressamente di aver ricevuto l’informativa prevista dall’art.13 del D.Lgs. 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dunque di conoscere le modalità e le finalità del trattamento dei dati da parte del SUMAI di Napoli e della SIFoP, inoltre, dichiara di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall’art. 7 del D.Lgs. 196/03 ed esprime, pertanto, il consenso per il trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Data……………….. Firma ………………