

# CORSO EDUCAZIONALE VAD'S-BASIC

## DIGITAL EDITION

**5-6 NOVEMBRE 2020**

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo .....

Cap ..... Città .....

Tel. .... Fax ..... Cell. ....

E-mail .....

C.F.: .....

Luogo e data di nascita .....

Professione .....

Specializzazione .....

Ospedale .....

Libero professionista     Dipendente     Convenzionato     Privo di occupazione

Informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento in materia di Privacy. I dati personali da Lei forniti, con la presente scheda di iscrizione, sono necessari per il rilascio dell'attestazione di partecipazione al Congresso e, nel caso di Congresso ECM, dei Crediti ECM. I suoi Dati personali verranno, inoltre, resi disponibili alla Commissione Nazionale ECM.

Per la disciplina di dettaglio, in particolare per la finalità, modalità, base giuridica del trattamento dei suoi dati e dei suoi diritti in quanto interessato (art. 7 del GDPR) si rimanda alla Policy Privacy raggiungibile al sito [www.cecongressi.it](http://www.cecongressi.it)

Data .....

Firma .....