

Workshop ECM  
"PROSTATA 2017"

Torino, 11 novembre 2017

Scheda di iscrizione

da inviare entro il 6 novembre via fax al n. **02 94752758** Info: 347 6507318

---

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo (abitazione) \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza (Ospedale, Casa di Cura, altro) \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Ordine dei Medici  Collegio IPASVI  Altro di \_\_\_\_\_

Numero d'iscrizione \_\_\_\_\_ Anno d'iscrizione \_\_\_\_\_

---

**ISCRIZIONE GRATUITA**

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI  
(Decreto legislativo 30/06/03 n. 196)

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo stesso, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali, al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e commerciale. Il sottoscritto può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 18, tra cui il diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini previsti o di richiedere la modifica o cancellazione degli stessi, con comunicazione scritta alla:

P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO

no  sì  Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_