

## In relazione

# Famiglia allo specchio e professioni dell'aiuto in riflessione

Udine, 5-6 Aprile 2019

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

L'evento è a numero chiuso: il numero massimo è di **150 PARTECIPANTI**. Le iscrizioni saranno accettate in base alla data di arrivo delle schede e fino al massimo previsto. La pre-iscrizione è obbligatoria **ENTRO IL 1 APRILE 2019**. Inviare la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte via fax al numero **0432 507533** o via e-mail a **info@mdstudiocongressi.com**.

- EDUCATORE PROFESSIONALE     PSICOLOGO     Psicologia     Psicoterapia  
 INFERMIERE     ALTRO specificare \_\_\_\_\_

Intendo partecipare (indicare la preferenza):

5 e 6 Aprile

Solo il 5 Aprile

Solo il 6 Aprile (sessione ECM)

#### Profilo professionale attuale:

- Dipendente     Convenzionato SSN     Libero prof.     Senza occupazione

#### Dati personali ed indirizzo

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

Luogo di nascita ..... Data di nascita.....

Codice fiscale.....

Iscrizione Ordine professionale: Nr. .... Prov. ....

Indirizzo personale via/piazza..... N. ....

CAP ..... Città..... Prov. ....

Tel.: ..... Cell.: .....

#### E-mail (obbligatoria per la conferma dell'iscrizione):

#### Sede di lavoro

Ospedale/Studio/Altro.....

Unità operativa ..... Ruolo.....

CAP ..... Città..... Prov. ....

#### INFORMATIVA PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI E AUTORIZZAZIONE

Con la presente La informiamo che ai sensi del D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, i dati da Lei forniti verranno trattati da **md studio congressi S.n.c. di Dellapietra Marina**, titolare del trattamento con sede legale a Udine in Via Roma, 8. **Il trattamento sarà effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi elettronici e telematici ed il conferimento dei dati richiesti è:**

**1.- Obbligatorio per quelli destinati a perseguire gli scopi previsti dalla Legge, inclusi il Regolamento ECM e tutta la Normativa applicabile in materia di ECM**

**2.- Facoltativo per tutti gli altri.**

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO OBBLIGATORIO DEI MIEI DATI E ALLA LORO COMUNICAZIONE A TERZI:

Do il consenso

Nego il consenso

Le ricordiamo che negare il consenso del trattamento a **md studio congressi S.n.c** per gli scopi **OBBLIGATORI** comporta per Lei l'impossibilità di prendere parte, a qualunque titolo, all'evento formativo e di acquisirne gli eventuali crediti formativi ECM.

CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO FACOLTATIVO DEI MIEI DATI (ovvero l'utilizzo dei miei dati per l'invio di informative sulle future attività formative programmate da **md studio congressi S.n.c.**, mediante contatto diretto o con propri i mezzi elettronici ed informatici).

Do il consenso

Nego il consenso

Data ..... Firma .....