

**Sala Vitali del Credito Valtellinese  
Sondrio, 28 settembre 2018**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax o via mail entro il 15/09/2018 alla Segreteria Kassiopea Group Srl, via Stamira, 10 – 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 – e-mail ecm@kassiopeagroup.com

Ruolo:  Partecipante  Docente  Tutor  Relatore

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

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

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Disciplina<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO LAVORO**

Via \_\_\_\_\_

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

Per Fatturazione indicare:  
eventuale Partita Iva \_\_\_\_\_

Istituto  Ospedale  Università  Azienda  Ente

Reparto  Dipartimento  Clinica  U.O.  Divisione

**INDIRIZZO DOMICILIARE**

Via \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Fax\* \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

\*Campi obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione.

Si iscrive al corso TRAINING AUTOGENO E MINDFULNESS	
Partecipante avente diritto all'acquisizione dei crediti ECM	<input type="checkbox"/> € 85,00 iva inclusa
Partecipante appartenente a categorie non accreditate	<input type="checkbox"/> € 40,00 iva inclusa

**CANCELLATION POLICY: La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo nel caso che la disdetta venga comunicata alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il 15/09/2018**

Data _____	Firma _____
------------	-------------

**Informativa sulla Privacy**

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda d'iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, ma indispensabile ai fini amministrativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e verranno utilizzati in caso di invio di future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Kassiopea Group.

Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettificazione, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Kassiopea Group Srl, con sede in Via Stamira, 10 a Cagliari. Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Kassiopea Group Srl. I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Eventi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

**Consenso**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al Regolamento UE 679/2016 ed esprime il suo consenso previsto dagli articoli 23 e ss della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La professione esercitata deve essere riferita ad una delle professioni per le quali è obbligatoria l'ECM. L'elenco completo è nel foglio "Professioni e discipline".

<sup>2</sup> La disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, biologi, chimici e fisici ed è relativa alla disciplina in cui il professionista opera. L'elenco completo delle discipline è nel foglio "Professioni e discipline".