5° Corso di formazione in Urologia

La gestione del paziente in ambito urologico

16 novembre 2019
CAGLIARI · Caesar's Hotel

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente schede per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il 10 novembre 2019 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via San Tommaso d'Aquino, 20 – 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 o via e-mail renataravot@kassiopeagroup.com. **La mail dovrà riportare come oggetto la seguente dicitura: "Iscrizione Corso Urologia novembre + Nome Cognome".**

Categoria: ☐ Infermiere ☐ Tecnico Sanitario di radiologia Medica ☐ Medico Chirurgo ☐ Specializzando

Discipline Per Medico Chirurgo: ☐ Medicina Generale (Medici di famiglia) ☐ Oncologia ☐ Radioterapia ☐ Urologia

Cognome Nome

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita

Professione[1] Disciplina[2]

Tel Cell. e-mail

INDIRIZZO LAVORO

Via

Città CAP Prov.

☐Istituto ☐Ospedale ☐Università ☐Azienda ☐Ente

☐Reparto ☐Dipartimento ☐Clinica ☐U.O. ☐Divisione

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via

Città CAP Prov.

Tel. Fax* e-mail*

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

Si iscrive al **V Corso di formazione in Urologia**	
Partecipante – Infermiere	□ **gratuita**
Partecipante – Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	□ **gratuita**
Partecipante – Medico Chirurgo	□ **gratuita**
Partecipante – Specializzando	□ **gratuita**

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 San Tommaso d'Aquino 20 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_____

[1] 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".

[2] 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".