AOUSassari
Azienda Ospedaliero Universitaria Sassari

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Unità Operativa Chirurgia Generale II
Clinica Chirurgica
Direttore Prof. Alberto Porcu

Direttore del Corso:
Dr. Alessandro Fancellu

Presidente Onorario del Corso:
Prof. Giuseppe Dettori

Comitato Scientifico:
Dr.ssa Pietrina Cottu,
Dr.ssa Giuliana Giuliani

LA BREAST UNIT NELLA MODERNA GESTIONE DELLA PAZIENTE CON PATOLOGIA MAMMARIA

Modelli organizzativi e proposte realizzative

31 maggio 2013
Aula Magna dell'Università di Sassari

26 settembre 2013 - 10 ottobre 2013
Camera di Commercio di Sassari

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Utilizzare la presente scheda per persona.
Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il 18 settembre 2013 alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, via Mameli 65 – 09124 Cagliari, al numero di fax 070 656263 e-mail antonellamurru@kassiopeagroup.com

Specificare a quale giornata desidera partecipare:
❑ 26 settembre ❑ 10 ottobre

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita_____

Tel._____ Cell._____ e-mail* _____

Barrare la casella corrispondente
❑ Medico - Chirurgo ❑ Tecnico Sanitario di radiologia Medica ❑ Infermiere ❑ Ostetrica ❑ Fisioterapisti
❑ Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico ❑ Assistenti Sanitari

Discipline (solo per i Medici-Chirurghi):
❑ ONCOLOGIA; ❑ CHIRURGIA GENERALE; ❑ CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; ❑ RADIOTERAPIA; ❑ GINECOLOGIA e OSTETRICIA; ❑ ANATOMIA PATOLOGICA; ❑ ANESTESIA e RIANIMAZIONE; ❑ MEDICINA NUCLEARE; ❑ RADIODIAGNOSTICA; ❑ MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA);

Indirizzo lavoro

Via_____ N°_____

Città_____ Cap _____ Prov_____

Istituto, Ospedale, Università, Azienda, Ente_____

Reparto, Dipartimento, Clinica, U.O., Divisione_____

Indirizzo Domiciliare

Via_____ N°_____

Città_____ Cap _____ Prov_____

Tel._____ Fax*._____ e-mail* _____

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

Data_____Firma_____

Informativa sulla Privacy

La informiamo che, ai sensi del D.Lgs 196/2003 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 all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003 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 G. Mameli, 65 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 all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 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_____