GIORNATE ARITMOLOGICHE SARDE

13-14 FEBBRAIO 2015

SALA CONVEGNI ASCOM

VIA SEBASTIANO MELE, 7C **ORISTANO**

SCHEDA DI ISCRIZIONE Utilizzare la presente schede per persona. Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il **20 gennaio 2015** alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, **via Stamira, 10 – 09134 Cagliari**, al numero di fax **070 656263** o alla e-mail **antonellamurru@kassiopeagroup.com**

Barrare la casella corrispondente

☐ **MEDICO CHIRURGO** Discipline di Riferimento:

☐ CARDIOLOGIA ☐ MEDICINA INTERNA ☐ MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA

☐ MEDICINA DELLO SPORT ☐ ANESTESIA E RIANIMAZIONE ☐ MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA) ☐ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

☐ **INFERMIERE** ☐ **FARMACISTA OSPEDALIERO** ☐ **FARMACISTA TERRITORIALE**

☐ **DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO** ☐ **TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA**

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 DOMICILIARE

Via _____ 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 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 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** _____

[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".