

SCHEDA DI ISCRIZIONE

**A.I.D.M. SEZIONE NAPOLI “POLINNIA MARCONI”**

 **20° CORSO DI FORMAZIONE ECM**

presso Aula Magna Ospedale C.T.O. di Napoli

Viale Colli Aminei, 21 - Napoli

**Donazione e trapianto in ottica di genere**

Napoli, 7 maggio 2019

PARTECIPANTE (compilare in stampatello e inviare per e-mail a : **aidm.pmarconi@gmail.com**)

Nome………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cognome…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Via…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Città……………………………………………………………………………………………(……………)cap.……………………………..

Telefono…………………………cell…………………………E-mail……………………………………………………………………..

Qualifica……………………………………………………………………………..N° Iscriz. Ordine ……………..…………………

Istituto…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Socia AIDM Sì No

 ***Esprimo consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. L. 196/03*** ***e all’art. 13 GDPR 679/16.***

*I dati saranno trattati al fine di erogare i servizi connessi (crediti ECM). Non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti*

 *………………………………………………………………………………………….*

 *Firma*

***Esprimo consenso al trattamento dei miei dati finalizzato a ricevere informative su iniziative scientifiche o divulgative inerenti i temi congressuali***

 *……………………………………………………………………………………………….*

 *Firma*