



ANESTETICI ALOGENATI SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Scheda di adesione

DATI PERSONALI

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ Email _____

C.F. _____

SPECIFICARE PROFESSIONE DI APPARTENZA

Medico chirurgo _____ Specializzazione _____

Infermiere _____

Farmacista _____

Data _____ Firma _____

L'accettazione delle iscrizioni seguirà un criterio di priorità temporale sulla base della data di arrivo dell'adesione alla Segreteria Organizzativa: fax 06 8412687, congressi@gruppic.it

Dlgs n.196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art.13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, se non per la gestione dei rapporti relativi all'evento (Art.31). La informiamo inoltre che ha diritto (Art.7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, le esprime il consenso al trattamento con la compilazione e la firma del presente modulo.

Data _____ Firma _____



Lungotevere Michelangelo 9, 00192 Roma

Centro Italiano Congressi C.I.C.