



Centro di Ricerche e Formazione Scientifica

## RICHIESTE INFORMAZIONI PERFEZIONAMENTO IN SEGUITO

Il/la sottoscritto/a,

Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita

Comune di Nascita

Provincia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fisale

Indirizzo di Residenza via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

E-mail-\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Interessato alla Scuola di Formazione Sessione  Autunnale 28/10-3/11/2019  estiva 1-7/6/2020

Desidero usufruire dei crediti ECM

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Normativa sulla privacy**

Autorizzo il trattamento dei dati presenti nella sopra compilata scheda ai sensi del c.d. "GDPR" (Regolamento UE 2016/679), per le finalità ivi previste. I dati verranno conservati su supporto cartaceo e telematico ed in merito agli stessi verranno adottate le opportune misure di sicurezza. Il candidato in ogni momento ha diritto di accedere a tali dati e ottenere la rettifica o l'aggiornamento degli stessi. Avendo ricevuto l'informativa prescritta dalla legge, il sottoscritto, con il presente atto, dà il proprio consenso al trattamento degli stessi da parte del Centro Ricerca e Formazione Scientifica e dichiara di essere stato messo a conoscenza che il responsabile del trattamento dei dati, fino a nuova comunicazione, sarà il Presidente della stessa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_