

SCHEDA D'ISCRIZIONE

**"BLSD (FULL)"**

Trapani

21-09-2019 1ª edizione

12-10-2019 2ª edizione

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

ISTITUTO/ENTE DI APPARTENENZA

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

PROFESSIONE

*Convenzionato*    *Dipendente*    *Libero professionista*

DISCIPLINA \_\_\_\_\_

SCELTA EDIZIONE 1a    2a

*Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs 196/2003*

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

*L'evento ECM 2603-274246 è rivolto a n. 100 partecipanti  
Medici Chirurghi*

*Age.na.s. ha assegnato n. 8 crediti ECM*

*È garantita la privacy dei dati personali acquisiti in conformità  
con quanto previsto dal GDPR - Regolamento UE 679/2016*