

INSIDE OUT:
GIORNATA DI STUDIO SULLA DIAGNOSI
Milano, 19 ottobre 2018

DOTT. SIG. (barrare la casella corrispondente)

CognomeNome

Luogo e Data di nascita.....

ViaCittà

Pr.CAP

E-mail

Telefono

Qualifica professionale

Ente di appartenenza

Sono interessato all'attribuzione dei crediti formativi (ECM) SI NO

Fatturare a

ViaCittà

Pr.CAP

C.F. P.IVA

Studenti e specializzandi under 30

NO

SI specificare estremi iscrizione in corso

NEL CASO IN CUI L'ISCRIZIONE SIA A CARICO DELL'ENTE DI APPARTENENZA, INDICARE

SE L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE BENEFICIA DI ESENZIONE IVA SI NO

SE L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE APPARTIENE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE SI NO

Per la fatturazione si utilizzeranno i dati sopra indicati; si prega di compilare **tutti** i campi richiesti ai fini della validità della candidatura.

Ulteriori segnalazioni:

allergie e/o intolleranze alimentari.....

mobilità.....

Consenso al trattamento di dati personali

Preso visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679:

do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati per le finalità di cui ai punti i,ii, iii, iv lettera a) dell'informativa;

do il consenso nego il consenso

all'utilizzo della mia immagine per le finalità di cui al punto 1 lettera b) dell'informativa;

do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati per le finalità di cui al punto 1 lettera c) dell'informativa, ovvero per ricevere materiale informativo sull'attività della Fondazione via e-mail.

Firma_____