

**Vers.1.5**

**Scheda di Iscrizione a Corsi di Formazione :**

**“INTERVENTI RIABILITATIVI E QUALITÀ DELLA VITA NEL HEAD & NECK CANCER”  
( Riservato al Personale Interno )**

**1. Dati personali**

*(si raccomanda di scrivere i dati in modo leggibile. Dati non corretti o non leggibili determinano la non attribuzione dei crediti ECM e in tal caso, il Provider declina ogni responsabilità in ordine alla mancata corresponsione dell'importo versato).*

Crediti ECM SI  NO

Cognome  Nome

M  F  Codice fiscale 

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

Professione

Numero di Matricola

Numero d'iscrizione all'ordine, al collegio o all'associazione professionale di appartenenza

Disciplina

Luogo di nascita  Prov.  Data di nascita

Indirizzo: Via  N°  Interno

Comune  Cap  Prov.

Telefono  E-mail

**N.B. Da restituire alla Segreteria organizzativa dell'evento  
Cristina Amedeo e-mail: [cristina.amedeo@mgmcongress.org](mailto:cristina.amedeo@mgmcongress.org) Tel : 0815454285 cell. 3348353165**

Direzione Generale  
Staff Formazione

Tel 0815903286 - email: [staff.formazione@istitutotumori.na.it](mailto:staff.formazione@istitutotumori.na.it)

## 2. Sede di attività

S.C/S.S  Tel.

Qualifica (inquadramento aziendale es.: infermiere, borsista, dirigente medico, assistente amministr., ecc...)

## 3. Corso prescelto

Titolo

Data di svolgimento

## 4. Dichiarazioni dal Partecipante

- Sono a conoscenza che il corso può prevedere anche una parte pratica.
- Sono a conoscenza che il corso può prevedere l'effettuazione di videoregistrazioni a scopo didattico.

## 5. Firma del Partecipante

Data  Firma

(solo per l'aggiornamento obbligatorio)

## 6. Autorizzazione del Responsabile della Struttura di appartenenza.

(Solo per gli infermieri, autorizzazione del Direttore del Dipartimento di afferenza )

Data  Firma

*Direzione Generale  
Staff Formazione*

Tel 0815903286 - email: [staff.formazione@istitutotumori.na.it](mailto:staff.formazione@istitutotumori.na.it)

**7. Informativa sulla Privacy e consenso del Partecipante al trattamento dei dati**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che l'Ufficio Formazione dell' INTFondazione "G. PASCALE" di Napoli, procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

**Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigere ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.**

I dati da Lei forniti saranno custoditi dalla Direzione Generale- Staff Formazione dell'INT Fondazione G.Pascale e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina).

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere informazioni sul trattamento dei suoi dati.

Il Titolare del trattamento è il Rappresentante Legale dell'INT Fondazione G.Pascale Via Mariano Semmola snc – 80131 Napoli.

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

**Luogo**

**Data**

**Firma**