



### SCHEDA DI ISCRIZIONE

<b>Titolo</b>	<b>IMPARA DALL'ERRORE E SEGNA LA L'EVENTO</b> <b>La promozione della cultura per la sicurezza del paziente</b>
<b>Sede</b>	<b>Biblioteca Scientifica - INT. Fondazione "G. Pascale" via M. Semmola 80131 NAPOLI</b>
<b>Data</b>	<b>22 giugno 2018</b>

**La certificazione per i crediti ottenuti è vincolata alla presenza continuativa ai lavori del corso e sarà disponibile, una volta concluse le operazioni di controllo dei questionari di apprendimento e di chiusura dell'evento ai fini ministeriali.**

*Si prega cortesemente di scrivere in stampatello leggibile in caso di grafia poco chiara non sarà possibile riconoscere i crediti ecm.*

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE 

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

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

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

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DISCIPLINA (solo per per i medici) \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE A ORDINE/ALBO/ASSOCIAZIONI (barrare Si o NO)  NO  SI

Se SI indicare il TIPO .....n. iscrizione.....

**PROFILO LAVORATIVO:**

- LIBERO PROFESSIONISTA      Partiva IVA: \_\_\_\_\_
- CONVENZIONATO SSN      (medici di base e similia)
- DIPENDENTE
- INOCCUPATO

SPONSORIZZATO  NO  SI

Se SI indicare il nome dello SPONSOR.....

Ai sensi del D.lgs. n.196/2003, e delle Direttive europee (DE-EU 2016/679) Le forniamo le seguenti informazioni:  
I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: connesse al presente Evento Formativo ed alle eventuali comunicazioni ad esso relative, per attività e finalità statistiche, rilevazione del grado di soddisfazione, comunicazioni e invio di materiale informativo sulle nuove iniziative della Customer Service sas e per esigenze contrattuali e di legge. Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatica e telematica al fine di prestare i servizi offerti e i dati saranno archiviati presso la nostra sede operativa. Per le finalità di cui sopra, i dati potranno essere trattati da: addetti della Customer Service sas, consulenti e collaboratori di nostra fiducia, società che sponsorizzano i servizi offerti. Il conferimento dei dati è obbligatorio (per la redazione degli attestati), e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata erogazione del servizio. Il titolare del trattamento è la Customer Service sas, presso la quale potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 (scrivendo all'indirizzo email [privacy@customerservicesas.com](mailto:privacy@customerservicesas.com)). Compilando e firmando il presente modulo autorizzi il trattamento dei tuoi dati personale ai sensi del D.lgs. n.196/2003 e inoltre a comunicare i dati inseriti, esclusivamente per le finalità di cui sopra, ai soggetti terzi sopra descritti. Compilando e firmando il presente modulo dichiaro inoltre che i dati personali inseriti corrispondono alla tua identità, secondo il criterio di autocertificazione (legge 445/2000). Pertanto manlevi la Customer Service sas da qualsiasi responsabilità o conseguenza di qualsiasi tipo, derivante dalla visione dei contenuti del portale.

Firma leggibile \_\_\_\_\_