

ISCRIZIONE CORSI ECM

Il/la sottoscritto/a _____

Residente in via _____ cap _____ città _____

Data di nascita _____ nato/a _____

Tel. _____ / _____ cel _____

E-mail _____

Partita iva _____ C.F. _____

Struttura di provenienza _____ professione _____

Richiede di partecipare al corso: _____

L'iscrizione deve essere annullata almeno 12 giorni prima della partenza del corso. Qualora l'iscritto non frequenti il corso verrà comunque fatturato a titolo di risarcimento per lo squilibrio arrecato alla programmazione didattica

Data _____ firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196/2003 sul trattamento di dati personali: i dati qui raccolti hanno la finalità di riscontrare la richiesta dell'utente, e attivare nei suoi confronti un servizio informativo. Tali dati verranno trattati elettronicamente in conformità con le leggi vigenti; l'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003

Data _____ firma _____