



SCHEDA D'ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

Conoscere per assistere i bambini con "Del22q11.2"

N. 4 crediti ECM

Firenze, 21 Novembre 2016

Villa La Quiete Via di Boldrone 2 (sede di FORMAS - Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ PROV. _____ Data _____

Recapito: Via/P.zza _____

Cap _____ Città _____ PROV _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail (Obbligatoria) _____

Categoria di appartenenza

Medico Chirurgo

Infermiere

Pediatra di Famiglia

Data _____

FIRMA _____

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E' GRATUITA .

INVIARE la scheda di iscrizione compilata a: FIMP –Toscana fimptoscana@gmail.com

Oppure via fax al numero: 055 39808523

Ad iscrizione avvenuta , sarà inviata una mail di conferma all'indirizzo su indicato

Verranno accettate le prime 100 iscrizioni

CONSENSO

Io sottoscrittodichiaro di avere 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 _____