



Da inviare via email [congressi@cfssicilia.it](mailto:congressi@cfssicilia.it)

## SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

### **SLOW MEDICINE E CHOOSING WISELY AREA METROPOLITANA DI PALERMO**

04 dicembre 2019

AULA ASCOLI, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. GIACCONE"

**COGNOME**

**NOME**

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

**CODICE FISCALE**

**INDIRIZZO**

**CAP- CITTÀ'**

**RECAPITO TEL.**

**AZIENDA DI APPARTENENZA**

**SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA**

**QUALIFICA**

**SPECIALIZZAZIONE**

DIPENDENTE  LIBERO PROFESSIONISTA

CONVENZIONATO

**E-MAIL**

**NUMERO ISCRIZ. ALBO/COLLEGIO/ASS.**

"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03" al solo scopo organizzativo e promozionale dell'attività formativa

IN QUALSIASI MOMENTO POTRO' CHIEDERE LA CANCELLAZIONE,  
VARIAZIONE E VISIONE DEI MIEI DATI.

**FIRMA** \_\_\_\_\_