



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- CITTA'
RECAPITO TEL.
AZIENDA DI APPARTENENZA
SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA
QUALIFICA
SPECIALIZZAZIONE
DIPENDENTE <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/>
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 \_\_\_\_\_