



Da inviare via email congressi@cfssicilia.it

SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

LA CHIRURGIA BARIATRICA IN SICILIA

1 febbraio 2020 Villa Magnisi, Palermo

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

CAP- CITTA'

RECAPITO TEL.

AZIENDA DI APPARTENENZA

SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA

QUALIFICA

SPECIALIZZAZIONE CONSEGUITA

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 _____