

**SCHEDA DI ISCRIZIONE Nursind Pescara-L'Aquila
TITOLO CORSO ECM**

LUOGO CORSO ECM

DATA/E CORSO ECM

Fax

RUOLO: PARTECIPANTE *Intestazione P.I.*

PARTITA IVA n°

CODICE FISCALE

COGNOME -- NOME

LUOGO DI NASCITA

DATA

PROFESSIONE

ENTE DI APPARTENENZA

RECAPITO TELEFONICO

NUMERO CELLULARE

INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA

INDIRIZZO

CAP

CITTA'

PROV

Autorizzo Il Trattamento Dei Dati Personali In Base Alla Normativa N° 196 Del 30 / 06 / 2003.

Si informa che tutti i dati raccolti con la presente scheda saranno utilizzati, anche con modalità informatizzate, per l'invio delle informazioni inerenti il corso di cui sopra e su altre iniziative di comunicazione su temi analoghi. Gli interessati possono richiedere ai sensi dell'art. 13 legge 675/1996 l'accesso, correzione, cancellazione dei propri dati. I dati potranno essere comunicati a soggetti terzi al solo fine di adempiere agli aspetti organizzativi e di natura economica del corso. Con la compilazione del presente modulo, il firmatario esprime il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità sopra indicate.

DATA

FIRMA:

Iscritto Nursind Si / No

Quota Contributo Corso ECM euro

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA NURSIND PESCARA-L'AQUILA

ANTONIO ARGENTINI ☎ 320-3134105 fax 085.8562177, email : pescara@nursind.it

ANTONIO SANTILLI ☎ 333-4125508 fax 0864.950307, email : aquila@nursind.it

☎ 347-4230618- Siti: www.nursindpescara.org – www.nursind.it