



**RIUNIONE DELLA SEZIONE DI CHIRURGIA ENDOSCOPICA MININVASIVA E ROBOTICA PEDIATRICA –
SOCIETA' ITALIANA CHIRURGIA PEDIATRICA (SICP):
CHIRURGIA NUTRIZIONALE**

COMPLETARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

Inviare alla Segreteria Organizzativa Tel: 010 5636.2879, mail: centroformazione@gaslini.org

DATI IDENTIFICATIVI DEL PARTECIPANTE

COGNOME* _____ NOME* _____

Data di nascita _____ Indirizzo privato* _____

Cap-Città* _____ Tel.: _____

Fax: _____ Cell.: _____ E-Mail: _____

Codice Fiscale*: _____ Professione _____ Luogo di nascita _____

INDIRIZZO: _____

N.B. I DATI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE.

Informativa e richiesta di consenso ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016. I suoi dati saranno trattati elettronicamente ed utilizzati dall'Istituto Giannina Gaslini esclusivamente ai fini del conseguimento dei crediti E.C.M. Per il rilascio dell'Attestazione di partecipazione al Corso e dei Crediti ECM, sono necessari: il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, l'indirizzo privato, il telefono, il Codice Fiscale, la Professione/Disciplina, l'iscrizione all'Ordine/Collegio Professionale; i restanti dati e le risposte al questionario anagrafico sono facoltative e la loro mancata indicazione non pregiudica il rilascio dell'Attestazione di partecipazione al Corso. Si ricorda che i dati sono, per normativa, resi disponibili per la Commissione Regionale ECM. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016 . I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Data: _____

Firma _____