

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena</p>	<p>MODULO Scheda dati partecipanti esterni</p>	<p>FR M/P01/25 Rev. 2 Pag. 1/1</p>
Servizio Formazione e Ricerca		

Questo modulo deve essere compilato solo da partecipanti non dipendenti dell'Ausl di Cesena e da libero professionisti.

“Evoluzione e identità del Sistema Trasfusionale. Un binomio sostenibile”

Codice Corso: _____ Data 1-2/12/2011

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale (L lettera, n° numero)

L	L	L	L	L	L	n°	n°	L	n°	n°	n°	L	n°	n°	n°	L

Indirizzo completo per invio attestato ECM

Via _____ n°civico _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Posta elettronica _____

Professione (come da tabella ministeriale F) _____ Codice professione _____

Disciplina _____

Ente di appartenenza e indirizzo _____

**N.B. la mancata o parziale indicazione dei dati sopra riportati
NON consentirà l'assegnazione dei crediti ECM**

Informativa ai sensi dell'art. 13, D. Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che i dati forniti vengono trattati da Responsabili e Incaricati designati, sia con modalità manuali che informatiche, ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente evento e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM), nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza ed in conformità alle vigenti disposizioni di legge. Detti dati non saranno comunicati al di fuori delle suddette previsioni normative, né saranno oggetto di diffusione.

L'autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria ed in sua assenza non è possibile procedere alle operazioni di iscrizione.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03; Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Cesena, con sede legale in Cesena P.zza Sciascia 111/2; Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio Formazione e Ricerca.

Firma