

MODULO ISCRIZIONE CORSO

Modulo F11, rev. 7 – 20/09/2022



Titolo del Corso	
Data	Luogo

NOME E COGNOME			
CODICE FISCALE		DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO	NR. TESSERA SOCIO FMSI <small>(SE GIÀ ISCRITTO ALLA FMSI)</small>
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA		
INDIRIZZO DI RESIDENZA	CAP	CITTA'	PROV.
TELEFONO	E-MAIL		
TITOLO DI STUDIO			
SPECIALIZZAZIONE MEDICA			
PROFESSIONE	ENTE DI APPARTENENZA		

Io sottoscritto dichiaro, sotto la mia responsabilità, che i dati sopra riportati sono corretti e veritieri, nonché rispondenti ai requisiti tecnico-professionali richiesti per l'accesso al Corso/Convegno. Dichiaro altresì di aver preso visione dell'informativa rilasciata ex Art. 13 e 14 del RGDP 679/2016 dalla FMSI in qualità di Titolare del Trattamento.

Dichiaro infine di prestare il consenso per:

il trattamento dei miei dati personali per le finalità ivi descritte.

Data e luogo:/.....

Firma: