

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE
13 dicembre 2018
Scheda di iscrizione

Inviare la presente scheda debitamente compilata alla Segreteria Servizio Formazione GVM

E-mail: formazionecm@gvmnet.it

Nome _____

Cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____

Email _____

DISCIPLINA (solo MEDICI) _____
(Es: Anestesia e rianimazione; Cardiologia; etc...)

NUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE/COLLEGIO/ASS. prof.li num. _____
ISTITUZIONE DI APPARTENENZA _____

ISTITUTO/ENTE _____

DIPENDENTE

LIBERO PROFESSIONISTA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza imposti dalla Legge 196/03 nonché del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, sulla tutela delle persone ed altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

I dati raccolti saranno trattati, mediante strumenti manuali e/o informatici, nell'ambito di finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della pratica per il Programma Nazionale per la Formazione Continua degli Operatori della Sanità. Titolare del trattamento: Villa Torri Hospital- Bologna, Viale Quirico Filopanti, 12. **Negando il consenso, Villa Torri Hospital non potrà procedere alla rendicontazione ECM.**

Esprimo il Consenso

Nego il Consenso

Data _____ Firma _____