



Da reinviare via email a [info@format-group.it](mailto:info@format-group.it) o fax al numero 0881/530664.

## MODULO DI ISCRIZIONE ECM

### MALATTIE DI PARKINSON

Nome

Cognome

Luogo di Nascita

Data di nascita

Indirizzo

Città

Cap

Prov.

C.F.

Tel. (        )

Fax (        )

Email

**Costo 21,00 Euro**

#### **Informativa ex Dlgs 196/2003 – Tutela della Privacy**

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati per l'iscrizione all'iniziativa, per elaborazioni di tipo statistico e per l'invio di future comunicazioni con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tali scopi. Il conferimento dei dati serve per l'esecuzione del servizio. Titolare del trattamento è Format - Ente di Formazione Dauno – C.so Garibaldi, 19 – 71036 LUCERA. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Dlgs 196/2003 (accesso, integrazione, correzione, opposizione, cancellazione) scrivendo alla suddetta Associazione.

Letta l'informativa, con la consegna della presente scheda consento al trattamento dei miei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nella stessa informativa. Attraverso il conferimento dell'indirizzo e-mail, del numero di telefax e/o del numero di telefono (del tutto facoltativo) consento all'utilizzo di questi strumenti per l'invio di eventuali comunicazioni future.

**Data**

**Firma**