

L'ARTE ESPRESSIVA COME FACILITATORE DELLA COMUNICAZIONE

26/27/28 Aprile 2010

Aula SPP ed Aula Magna San Camillo Forlanini
P.zza Carlo Forlanini, n. 1 Roma

__I__ sottoscritt_ chiede di essere iscritt_ al corso "L'ARTE ESPRESSIVA COME FACILITATORE DELLA COMUNICAZIONE" e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, dichiara:
N.B. – I campi con l'asterisco sono obbligatori

Nome *	Cognome *	
Codice Fiscale *		
Carta d'identità/Patente n° *	Rilasciata da*	
Il */...../.....	Valida fino al*/...../.....	
Luogo Nascita *	Prov. *	Data * (...../...../.....)
Professione (vedi elenco) *		
Disciplina (per i medici vedi elenco) *		
Istituzione di appartenenza * (Pubblico Privato o libero professionista)		
Indirizzo (Ist. di appartenenza)		
Città	C.A.P.	
TelefonoCellulare		
Fax	E-mail	
Crediti ECM *	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Indirizzo Corrispondenza *		
Città	C.A.P.	

La presente scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, andrà inviata, entro il **12 Aprile 2010** a mezzo fax a: **LAZIOSANITÀ Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio**

Via di Santa Costanza, 53 - 00198 Roma

Fax: **06 58702673**; per informazioni tel. **0658702311** e-mail: disimone@asplazio.it

I partecipanti selezionati saranno contattati dalla Segreteria Organizzativa entro il: 16 aprile 2010
In sede di registrazione al corso il partecipante dovrà esibire un documento di riconoscimento

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ex art. 13 D. LGS. N. 196/2003. LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, titolare del trattamento, raccoglie presso di sé e tratta – per finalità connesse all'attività formativa, nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza previsti dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - con modalità anche informatizzate, i dati personali il cui conferimento è indispensabile al fine di fornire i servizi indicati. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici in aderenza ad obblighi di legge, per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto ed ove previsto all'acquisizione dei crediti ECM. I dati non saranno diffusi; in ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. LGS. N. 196/2003, rivolgendosi a Laziosanità – ASP, Via di Santa Costanza n. 53 – 00198 Roma.

Il/La sottoscritt_ dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. LGS. N. 196/2003 ed autorizza il trattamento dei dati personali.

Data ____/____/____

Firma _____