

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al Convegno

4° FOCUS TERRITORIALE SULLA PATOLOGIA TIROIDEA

Roma, 11 e 12 aprile 2025

c/o Ministero dell'Interno - Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco - Istituto Superiore Antincendi,
AULA MAGNA - III Piano edificio B - Via del Commercio, 13

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 7 giorni precedenti la data del convegno)

COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

Esercita la professione presso:

Ente pubblico Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico Libero professionista Altro

Via/Viale/Piazza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. abitazione _____ Tel. Studio _____

Cellulare _____ Fax _____

E.mail _____

Il sottoscritto, facente parte delle categorie sanitarie per le quali l'evento è accreditato,

intende partecipare con acquisizione di n. 10 crediti ECM (si invita a barrare la casellina a lato)

N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE

Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali per l'invio di comunicazioni interne dell'U.P.A.I.Nu.C.srls Informativa sulla privacy: U.P.A.I.Nu.C. srls. informa che il trattamento dei dati personali forniti dal richiedente saranno utilizzati esclusivamente per l'iscrizione ai corsi di aggiornamento, nei termini previsti dalla normativa attualmente in vigore (D.Lgs. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR n. 2016/679). Eventuali recapiti telefonici o e-mail, spontaneamente forniti dal richiedente, possono essere utilizzati quale mezzo di comunicazione per U.P.A.I.Nu.C. srls. Per ogni variazione ai Suoi dati o per esercitare i diritti previsti dall'art. 12 del GDPR, può rivolgersi a U.P.A.I.Nu.C.,srls titolare del trattamento, i cui estremi sono indicati in questo documento (info@upainucformazione.it).

In fede
