

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
(SE GIÀ ISCRITTO ALLA FMSI)

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: