

# MODULO ISCRIZIONE CORSO

Modulo F11, rev. 7 – 20/09/2022



<b>Titolo del Corso</b>	
<b>Data</b>	<b>Luogo</b>

**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: .....