

RUOLO ALL'EVENTO

- PARTECIPANTE
 DOCENTE RELATORE TUTOR MODERATORE RESPONSABILE SCIENTIFICO ALTRO

CREDITI ECM

- CON ECM (intero ciclo)
 SENZA ECM intero ciclo **oppure** 1/6 21/9 26/10 23/11

Dati personali

CognomeNome
Luogo e data di nascita
Laurea inSpecializzazione in.....
Professione
Codice Fiscale
Città di residenzaProvinciaCAP
Via
Cell.....email

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente presso
 Convenzionato presso.....
 Libero professionista
 Specializzando (Scuola/Specialità)
 Tirocinante post- lauream (FacoltàServizio)
 Altro (specificare).....

Partecipante reclutato da sponsor SÌ NO

OBBLIGATORIO SOLO PER IL PROFILO PARTECIPANTE per: Intestazione fattura:

Ragione Sociale
Cognome.....Nome
P. IVA..... C.F
Via..... N°..... Città.....
Provincia.....CAP
indirizzo pec.....

Consenso al trattamento dati

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
avendo preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito
www.asvegra.it/ProviderECM/Documenti esprime il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei
propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa.

Data _____

Firma leggibile _____

Inviare la scheda compilata al seguente indirizzo mail: segreteria.provider@asvegra.it

Consegnare la scheda cartacea il giorno di partecipazione all'evento.