

**OPINIONI ed ESPERIENZE IN SCHIZOFRENIA evento Blended**

**14 giugno 2023 NH Palermo - 20 settembre webinar**

**SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE**

*SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE*

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E- MAIL \_\_\_\_\_

**POSIZIONE LAVORATIVA:**

- LIBERO PROFESSIONISTA     DIPENDENTE     CONVENZIONATO     PRIVO DI OCCUPAZIONE  
 PRIVO DI SPECIALIZZAZIONE     ALTRO \_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE:**

- MEDICO CHIRURGO specialista in \_\_\_\_\_

Reclutato da Sponsor (nome azienda): \_\_\_\_\_  Non reclutato

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ( "GDPR 2016/679") sulla tutela dei dati personali e sull'utilizzo dei cookie, il sottoscritto autorizza il trasferimento dei propri dati personali all'Age.Na.S. allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento ed aggiornamento professionale previsto dalla legge. i dati saranno utilizzati per gli scopi indicati e per l'elaborazione e la presentazione di future attività formative.

Firma \_\_\_\_\_