

Ciclo di seminari su:

La responsabilità professionale medica

Trani - Museo Diocesano – Piazza Duomo

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Indirizzo studio professionale: _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

Chiede

di partecipare al ciclo di seminari su “*La responsabilità professionale medica*” che si terranno il 29.11.2008 (ore 9.00), il 5.12.2008 (ore 16.30) ed il 12.12.2008 (ore 16.30), a Trani presso il Museo Diocesano (Piazza Duomo).

Dichiara

- di essere iscritto all’Associazione Avvocati di Trani e di essere in regola con il tesseramento 2008-2009;
- di non essere iscritto all’Associazione Avvocati di Trani e si impegna a versare la quota di partecipazione di € 30,00 entro l’inizio del primo seminario.

Data _____

Firma _____

Informativa ex art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003: *I dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per l'iscrizione ai seminari sopra indicati. I dati saranno trattati nella forma cartacea ed elettronica per i soli fini sopra indicati, da soggetti delegati dalle associazioni organizzatrici. Titolare del trattamento è l'Associazione Avvocati di Trani. Responsabile del Trattamento è l'avv. Costanza Manzi. Con l'iscrizione al Seminario Lei fornisce espressa autorizzazione a riprese televisive e fotografiche anche ai fini dell'accertamento dell'effettiva partecipazione al Seminario. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il rifiuto a fornire tali dati impedisce l'iscrizione e la partecipazione ai seminari. I dati non saranno divulgati eccezion fatta agli enti interessati a conoscere il Suo nominativo per l'accreditamento dei crediti formativi. Con l'iscrizione Lei autorizza il trattamento dei dati e la comunicazione dei dati agli enti interessati a conoscere il Suo nominativo per l'accreditamento dei crediti formativi oltre che le per finalità di legge a soggetti autorizzati. In ogni momento Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 d.lgs. n. 196/2003; in particolare, potrà richiedere in qualsiasi momento l'esistenza dei dati che la riguardano, la comunicazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione. Ulteriori informazioni in ordine ai diritti che Le spettano potranno essere reperiti presso il sito del Garante per la protezione dei dati personali al seguente indirizzo internet: www.garanteprivacy.it*

Data _____

Firma _____

La presente scheda di iscrizione deve essere inviata secondo le modalità indicate nel programma. Per l'iscrizione via e-mail è sufficiente mandare la scheda di iscrizione riproducendone il testo direttamente nel corpo della e-mail (attraverso la funzione “copia e incolla”) senza firma.