

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO NUTRIZIONE

Da inviare via mail (info@siotema.it)

DATI:

Cognome: _____ Nome _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cellulare _____ E-mail _____

Ragione sociale (se diversa da Nome Cognome) _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Codice Destinatario (per fatturazione elettronica) _____

Il corso prevede l'assegnazione di **38,4 crediti ECM** per tutte le professioni sanitarie, barrare la casella se interessati agli ECM indicando la professione:

NO ECM **SI ECM** (specificare la professione sanitaria di riferimento):

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____,

presa visione e letta l'informativa privacy ai sensi del Reg.UE 679/2016, pienamente informato/a delle finalità, modalità e caratteristiche del trattamento, nonché dell'identificazione del titolare del trattamento dichiaro di essere consapevole di fornire implicitamente il mio pieno consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nella suddetta informativa

Data _____ Luogo _____

Firma _____

I pagamenti pattuiti dovranno essere comunque versati per intero, anche nel caso in cui il sottoscritto decida di interrompere la frequenza del corso.

SI PRENDE ATTO DEL DIVIETO DI VIDEOREGISTRAZIONE

Data _____ Firma _____