

# ROMA

21 novembre 2014



## Per una corretta pratica clinica della Malattia di Huntington

### SCHEDA DI ISCRIZIONE DA INVIARE ENTRO IL 10 NOVEMBRE 2014

Da inviare via fax al n. +39 02 54169554 o via mail a [ecm@complete-grp.it](mailto:ecm@complete-grp.it)

**DATI PARTECIPANTE PER FAVORE SCRIVERE IN STAMPATELLO (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_ \_ \_ \_ \_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE-SPECIALIZZAZIONE (\*)** \_\_\_\_\_

(\*) le discipline accreditate sono:

Medico Neurologo e Psichiatra

#### AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto dichiara di :  aver segnalato  non aver segnalato  
alla struttura sanitaria di appartenenza la propria partecipazione all'evento

In ottemperanza a quanto disposto dal DLGS 196/03 informiamo il firmatario che i dati personali raccolti sulla presente scheda saranno trattati nel rispetto delle disposizioni e degli obblighi previsti dal DLGS 196/03 e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il conferimento dei dati, nonché il consenso al trattamento sono obbligatori: la mancata e/o incompleta compilazione dei moduli potrà determinare il non inserimento nelle pratiche ECM e conseguentemente la mancata attribuzione dei crediti. Il titolare e responsabile del trattamento dei dati è McCann Complete Medical - Via Valtellina, 15-17, Milano. Ai sensi dell'art. 7 del DLGS 196/03 Lei ha diritto di accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, rivolgendosi al responsabile del trattamento dei dati. Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/03 dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei miei dati e firmando il presente modulo esprimo il consenso al loro trattamento.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_