

**Aule della Regione Marche –Ancona**

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

**FAI LO SCREENING.**

**PROTEGGI LA TUA SALUTE**

***16 ottobre – 27 novembre 2019***

***ore 15.00-19.00***

**Da compilare ed inviare entro il: 10 ottobre 2019**

**al seguente indirizzo e-mail: marco.refe@regione.marche.it**

Cognome…………………………………..…… Nome ………….……………………………….

Indirizzo di residenza …………………………………………………………………………….…

Comune ………………….………………….. Provincia …………. CAP………..…………….

Ente / Organizzazione di appartenenza

Servizio

Professione

**Per contatti:**

Tel. …………………………………………. …… Tel. alternativo………………………………...

E-mail ……………………………………………………………………………………..…………

*Dichiaro che la partecipazione a questo Convegno è stata autorizzata dal Responsabile del Servizio.*

Si informa che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, codice della privacy, i Vs. dati anagrafici saranno inseriti in una ns. banca dati e verranno utilizzati a fini amministrativi, informativi e per adempimenti di obblighi di legge. In ogni momento potrete altresì esercitare i diritti previsti dall’art. 7 del codice della privacy dandone comunicazione scritta a questa segreteria organizzativa, in caso di rifiuto a conferire i dati, al loro trattamento o alla loro comunicazione, può comportare l’impossibilità di iniziare o proseguire i rapporti di invio postale e trasmissione di informazioni relative ad eventi scientifici congressuali. Si manifesta il proprio consenso ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/03.

Data Firma