

## SCHEDA ISCRIZIONE

TITOLO EVENTO: **Demenze: un approccio esperienziale alle tecniche di cura**, cod. RES 589-169588

DATA EROGAZIONE: 24/09/16

COGNOME E NOME: .....

CODICIE FISCALE: in stampatello e chiaro .....

LUOGO E DATA DI NASCITA: .....

INDIRIZZO RESIDENZA: VIA ..... CITTÀ .....

CAP ..... PROV ..... TEL/CELL ..... EMAIL .....

PROFESSIONE PER LA QUALE SI CHIEDONO I CREDITI

- Infermieri
- Educatori professionali
- Psicologi
- Fisioterapisti
- Medici medicina generale
- Neurologo
- Psichiatra

POSIZIONE     Libero professionista     Dipendente     Convenzionato SSN

### INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI - DECRETO LEGISLATIVO N.196/2003

EnAIP FVG informa che i dati personali forniti per la partecipazione alle iniziative formative verranno trattati nel rispetto della normativa e secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti previsti. I dati saranno trattati manualmente e/o con l'ausilio di mezzi elettronici, garantendone la conservazione in ambienti di cui è controllato l'accesso. Il conferimento di tali dati è presupposto obbligatorio per l'erogazione del servizio e per adempiere agli obblighi di legge o regolamento. I dati verranno trasmessi agli Enti/Autorità competenti in adempimento agli obblighi di legge e alla segreteria nazionale E.C.M. per le finalità connesse alla formazione continua in ambito sanitario. Titolare del trattamento è il Legale Rappresentante di EnAIP FVG, al quale è possibile inoltrare comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata (Via Leonardo da Vinci 27 - 33037 Pasiàn di Prato / UD) per esercitare i diritti previsti dalla normativa citata.

### FORMULA DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei dati e alla comunicazione degli stessi per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa.

Data ..... Firma .....