 

 **MODELLO ISCRIZIONE PER IL CORSO 2017**

**SERVIZIO FAP ASL NA 1 Centro**

**Fax 081/2549125**

 **081/2549159**

Il Sottoscritto Dottor

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

luogo di nascita …………………………………data di nascita……………………………………..

residente a ……………………………………….. cap ………… via …………………………...…

telefono abitazione \*……………………… telefono cellulare \*…………………………..………...

fax \* ……………………………………………

mail: \*……………………………………….

** Specialista ambulatoriale** in servizio presso……………………………………………………

Codice fiscale………………………………………

 chiede di essere iscritto al corso di formazione aziendale dal titolo:

**“il management della Rete delle Complessità: il ruolo e il confronto multispecialistico nei PDTA delle patologie ad elevato impatto sanitario e sociale”**

#  Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il sottoscritto ……………………………………………………………….. dichiara espressamente di aver ricevuto l’informativa prevista dall’art.13 del D.Lgs. 196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dunque di conoscere le modalità e le finalità del trattamento dei dati, inoltre dichiara di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall’art. 7 del D.Lgs. 196/03 ed esprime, pertanto, il consenso per il trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Data……………….. Firma …………………………….

Napoli Firma

\* **campi obbligatori**