

Napoli,………….. Alla Segreteria Organizzativa

Via G. Silvati,32

80141 NAPOLI – **Telefax n. 081-441412**

### Modulo di iscrizione

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

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

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

telefono abitazione………………………… telefono cellulare……………………………..………...

indirizzo di posta elettronica (si prega scrivere a macchina) ………………………………………….

Codice fiscale ………………………...…………….

🗌 Medico Chirurgo, branca di………….in servizio presso………….

🗌 Psicologo in servizio presso………….

🗌 Psicoterapeuta in servizio presso……..

Chiede di partecipare al Corso ECM:

**PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA NELLA RETE ASSISTENZIALE REGIONALE**

**Sede: Tiempo Business Center, Napoli**

**11 marzo 2019**

Firma ………………………..

# Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Consente il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità statutarie dell’Associazione, nel pieno rispetto della privacy ai sensi del Regolamento Generale europeo sulla Protezione dei Dati (GDPR-EU 679/2016) e Dlgs.196/2003 modificato dal Dlgs. 101/2018

Data……………….. Firma ………………