



# CORSO POSIZIONAMENTO E GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI PERIFERICI

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA:

PROVINCIA

INDIRIZZO

CAP

CITTA'

CODICE FISCALE

TELEFONO

E MAIL

N. ISCRIZIONE ALL'ORDINE DELLE MARCHE

ISCRIZIONE ORDINE ESTERNO

Informativa e richiesta di consenso ai sensi della 196/2003.

I suoi dati saranno trattati elettronicamente ed utilizzati dall'Ufficio Formazione, titolare del trattamento.

Firma leggibile

---

Le iscrizioni e le distinte di bonifico vanno reinviata via mail a : [info@studiomedical.net](mailto:info@studiomedical.net)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.Lgs. N. 196 DEL 30/06/03

Autorizzo E.... Srl ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, eventuali quote associative sono assolte, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Firma per accettazione

---