

SCHEDA DI ISCRIZIONE

TITOLO	NOVITA' NEL CARCINOMA POLMONARE POST CHICAGO 2025 id. 475003
SEDE	Aula Cerra IRCCS Istituto Tumori Fondazione G.Pascale Napoli
DATA	11 giugno 2026

La certificazione con i crediti è vincolata alla presenza continuativa ai lavori del corso e al superamento della verifica di apprendimento

Si prega cortesemente di scrivere in stampatello leggibile

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CELL _____ E-MAIL _____

PROFESSIONE _____

DISCIPLINA _____

PROFILO LAVORATIVO:

- LIBERO PROFESSIONISTA Partiva IVA: _____
- CONVENZIONATO SSN (medici di base e similia)
- DIPENDENTE
- INOCCUPATO

RECLUTATO NO SI

Se **SI** indicare il nome dell'impresa commerciale operante in ambito sanitario.....

.....

Dichiaro di essere consapevole che solo 1/3 dei crediti può essere acquisito tramite reclutamento

Ai sensi del D.lgs. n.196/2003, e delle Direttive europee (DE-EU 2016/679) Le forniamo le seguenti informazioni:
 I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: connesse al presente Evento Formativo ed alle eventuali comunicazioni ad esso relative, per attività e finalità statistiche, rilevazione del grado di soddisfazione, comunicazioni e invio di materiale informativo sulle nuove iniziative della Customer Service srls e per esigenze contrattuali e di legge. Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatica e telematica al fine di prestare i servizi offerti e i dati saranno archiviati presso la nostra sede operativa. Per le finalità di cui sopra, i dati potranno essere trattati da: addetti della Customer Service srls, consulenti e collaboratori di nostra fiducia. Il conferimento dei dati è obbligatorio (per la redazione degli attestati), e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata erogazione del servizio. Il titolare del trattamento è la Customer Service srls, presso la quale potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 (scrivendo all'indirizzo email: segreteria@customerservicesas.com). Compilando e firmando il presente modulo autorizzi il trattamento dei tuoi dati personale ai sensi del D.lgs. n.196/2003 e inoltre a comunicare i dati inseriti, esclusivamente per le finalità di cui sopra. Compilando e firmando il presente modulo dichiaro inoltre che i dati personali inseriti corrispondono alla tua identità, secondo il criterio di autocertificazione (legge 445/2000).

Firma leggibile _____