

# PRIMO CORSO INFERMIERISTICO DI CHIRURGIA ROBOTICA

Potenza, 21 novembre 2024  
Sala "A" Palazzina Uffici I° piano – A.O.R. "San Carlo"

## ***SCHEDA DI ISCRIZIONE***

ATTENZIONE: La scheda deve essere compilata in tutti i campi. Le schede non debitamente compilate non verranno prese in considerazione. **Spedire entro il 14 novembre 2024.**

Modulo d'iscrizione da inviare alla Segreteria Organizzativa e Provider Allmeetings srl, via Passarelli 137/bis 75100 Matera, **via fax** al n. 0835.256592 oppure **via email** a [segreteria@allmeetingsmatera.it](mailto:segreteria@allmeetingsmatera.it)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina di Specializzazione \_\_\_\_\_

Telefono e cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Partecipante con reclutamento:      SI     NO

Se con reclutamento, di seguito indicare da quale soggetto portatori di interessi commerciali in ambito sanitario:

\_\_\_\_\_

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Pienamente informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ("RGPD") sul trattamento dei miei dati personali, esprimo il consenso. Esprimo altresì il mio impegno a comunicarVi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei miei dati in Vostro possesso.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_