

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa per  
posta, fax al n. 0522-295976 o E-mail a  
[raimondo.mariaelena@asmn.re.it](mailto:raimondo.mariaelena@asmn.re.it)

**entro il 20 aprile 2007**

### **ANALISI MEDICO-LEGALE DEL RAPPORTO COLLABORATIVO PROFESSIONALE MEDICO - AUDIOMETRISTA - AUDIOPROTESISTA. IL CONSENSO INFORMATO ALLE INDAGINI AUDIOMETRICHE**

**Reggio Emilia, 5 Maggio 2007**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Azienda/Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Abitazione: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

**Ente o persona fisica a cui intestare la fattura**

Indirizzo \_\_\_\_\_

Partita IVA/Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente corso e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente alla regione per l'espletamento della pratica ECM. Non verranno comunicati ad alcuna società commerciale. Titolare del trattamento dei dati è la Segreteria Organizzativa del corso.

Firma \_\_\_\_\_