



Scheda informazioni e identificazione partecipante

	Evento conoscitivo sulla nuova figura: Assistente Infermiere
NOME - COGNOME	
INDIRIZZO COMPLETO DI CAP	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
TITOLO PROFESSIONALE	
TELEFONO CELLULARE	
E-MAIL (in stampatello leggibile)	

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

ISCRIZIONE: € 25,00

Il saldo in segreteria il giorno del corso.

INTESTATO A: Medical Training Srls

IBAN: IT18V0200805265000107090628

Compilare ed inviare via e-mail unitamente alla copia del versamento a Info@medicaltraining.it

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

Autorizzo MEDICAL TRAINING Srls 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 per CV), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Firma per accettazione _____