

SCHEDA DI ADESIONE

RECENTI ACQUISIZIONI IN FARMACOLOGIA CARDIOVASCOLARE E MEDICINA IPERBARICA

Sabato 18 Novembre 2017 Sala Consiliare del "Comune Vecchio", Cecina (LI)

In sinergia con CoAS Medici Dirigenti - Regione Toscana

Ingresso gratuito con obbligo di pre-iscrizione fino ad esaurimento posti disponibili.

La Segreteria Organizzativa invierà una conferma per la Sua partecipazione

Iscrizioni aperte SOLO per MEDICI, per le altre categorie è aperta la LISTA D'ATTESA, entro il 10/11, solo nel caso di possibili rinunce, verrà comunicata la disponibilità

Dati Personali:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

C.F. _____

cell _____ e-mail _____

Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____

in qualità di: Dipendente Convenzionato Libero professionista Altro _____

X La/il sottoscritta/o dichiara di NON essere stato invitato da Aziende Sponsor oppure La/il sottoscritto dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor _____. Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sottola propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. A service studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. I suoi dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196)

con la presente autorizzo AIMOS Provider Nazionale - in qualità di soggetto promotore dell'attività in sinergia con A service Studio srl (www.aservicestudio.com) - in qualità di soggetto esecutore dei servizi - ad inserire i miei dati nella MAIL LIST dedicata all'informazione. I dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196 Si autorizza espressamente A service a trattare le informazioni raccolte e inserite nella propria banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata.

La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire entro il 08 Novembre alla Segreteria Organizzativa **via e-mail a posta@aservicestudio.com** (A service Studio srl via Machiavelli 136, 09131 Cagliari - Tel. 070/498613 Fax 070/42939 -orario dal lun al gio 9-13. Aggiornamenti e informazioni su **www.aservicestudio.com**)

DATA ____/____/____ 2017

FIRMA _____
(per conferma di quanto espresso sopra e in nota)