



Scuola di Formazione Forense

Ordine degli Avvocati

Modulo di iscrizione al convegno

**LA RIFORMA DELLA RESPONSABILITA' MEDICA: LA
TUTELA DEL PAZIENTE, DEL MEDICO E GLI OBBLIGHI
DELLE AZIENDE SANITARIE**

LUOGO _____ DATA _____

Il/la sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

tel. _____ fax _____ cell. _____

email _____ C.F./P. IVA _____

iscritto all'Ordine Forense di _____

in qualità di _____ iscritto all' albo dal _____

chiede

di partecipare al convegno

Accettando tutte le formalità e condizioni correlate alla tipologia e finalità del corso in oggetto, ivi compresa l'osservanza delle regole di sicurezza vigenti nell'ambito della scuola.

Firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

A norma Dlgs 30/6/2003 n. 196 e successive integrazioni, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni relative al trattamento dei dati sopra riportati, che verranno utilizzati al solo scopo di promuovere le attività della Fondazione, con invio di circolari, note informative ecc., e non verranno in alcun modo diffusi a persone o enti estranei alla Fondazione o utilizzati per fini diversi da quelli sopra descritti. Esprime per tanto ai sensi dell' art. 7 e art. 13 della predetta legge, il proprio consenso per il trattamento dei dati, e per le finalità sopra descritte.

Firma

FONDAZIONE ELIO STICCO

Scuola di Formazione Forense

Via Lussemburgo – 81055 Santa Maria Capua Vetere (CE) – Tel. 0823.810606 – fax 0823.843046

Indirizzo E-mail: info@fondazionest.it – sito internet: www.fondazionest.it