



Sede operativa: Via Paolo Emilio, 10 - 00192 Roma

Tel. 0687758855

[g.calabretta@alfafcm.com](mailto:g.calabretta@alfafcm.com)

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE:**  
**DAL RAPPORTO GIURIDICO ALL'ALLEANZA TERAPEUTICA**

Evento n. 3282 - 120059

**Torino, 7 Marzo 2015**

**\*Nome:** \_\_\_\_\_ **\*Cognome** \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

**\*Tel** \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ **\*E-mail:** \_\_\_\_\_

**\*CODICE FISCALE:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

**\*Professione e Specializzazione:** \_\_\_\_\_

**\*Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS.** \_\_\_\_\_ **Num.** \_\_\_\_\_

**Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:**

**Medico Chirurgo\* ( tutte le discipline accreditate)**

**\*Disciplina di riferimento** \_\_\_\_\_

**SOCIO GALENO**  **SI**  **NO**

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione alla manifestazione e a trattamenti derivati da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa. Il conferimento dei dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione alla manifestazione. Il titolare dei dati è la Alfa FCM Srl. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*campi obbligatori