

# MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al Convegno

## 3° FOCUS TERRITORIALE SULLA PATOLOGIA TIROIDEA

Roma, 31 Maggio – 1 Giugno 2024  
c/o Casa Bonus Pastor - Via Aurelia, 208

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 7 giorni precedenti la data del convegno)

COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

Esercita la professione presso:

Ente pubblico  Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico  Libero professionista  Altro

Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Studio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, facente parte delle categorie sanitarie per le quali l'evento è accreditato,

intende partecipare con acquisizione di n. 9 crediti ECM (si invita a barrare la casellina a lato)

### N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE

*Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali per l'invio di comunicazioni interne dell'U.P.A.I.Nu.C.srls Informativa sulla privacy: U.P.A.I.Nu.C.srls. informa che il trattamento dei dati personali forniti dal richiedente saranno utilizzati esclusivamente per l'iscrizione ai corsi di aggiornamento, nei termini previsti dalla normativa attualmente in vigore (D.Lgs. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR n. 2016/679). Eventuali recapiti telefonici o e-mail, spontaneamente forniti dal richiedente, possono essere utilizzati quale mezzo di comunicazione per U.P.A.I.Nu.C.srls. Per ogni variazione ai Suoi dati o per esercitare i diritti previsti dall'art. 12 del GDPR, può rivolgersi a U.P.A.I.Nu.C.,srls titolare del trattamento, i cui estremi sono indicati in questo documento (info@upainucformazione.it).*

In fede

\_\_\_\_\_