



E.C.M.

age.n.a.s.



Evento n. 4946 - 199526

Caserta

Titolo: **Corso esecutore BLS-D 14/10/2017 Caserta**

Ruolo	<input type="checkbox"/> Partecipante
	<input type="checkbox"/> Docente
	<input type="checkbox"/> Tutor
N° iscrizione albo	
Codice Fiscale*	
Cognome e Nome*	
Luogo e data di nascita*	
Professione*	
Specializzazione*	
Attività Professionale*	<input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Studente/Specializzando
Ente di appartenenza	
Recapito telefonico / cellulare*	
Indirizzo eMail	
Indirizzo	
CAP, località e Provincia*	

**Si ricorda che la compilazione dei campi contraddistinti dall'asterisco è obbligatoria: la non compilazione dei suddetti comporterà la non attribuzione dei crediti ECM.*

Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica Axedyn S.r.l. e delle aziende del gruppo e nel rispetto di quanto stabilito dal Codice della Privacy (D.Lgs 30/6/2003 N. 196) sulla tutela dei dati personali.

Firma _____