

# DERMATITE ATOPICA dell'ADULTO



SI DESIDERA PARTECIPARE A:

- VENEZIA, 29 Settembre 2018  
 ROMA, 12 Gennaio 2019  
 SALERNO, 19 Gennaio 2019

Si richiedono i crediti ECM SI  NO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

ORDINE \_\_\_\_\_ CITTÀ DI ISCRIZIONE: \_\_\_\_\_ NUMERO DI ISCRIZIONE: \_\_\_\_\_

Ruolo PARTECIPANTE LIBERO PROFESSIONISTA  DIPENDENTE  CONVENZIONATO  PRIVO DI OCCUPAZIONE

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

L'iscrizione é riservata agli iscritti. Si chiede cortesemente di compilare la scheda di iscrizione pubblicata su [www.adoi.it](http://www.adoi.it) e [www.italymeeting.it](http://www.italymeeting.it) ed inviarla alla segreteria organizzativa Italymeeting srl - [info@italymeeting.it](mailto:info@italymeeting.it) - fax +39 081 8071930

Preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati all'indirizzo sotto indicato, autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla Privacy 2016/679, sino a revoca scritta da parte mia, ad opera della ITALYMEETING srl, con sede in Sorrento alla Via Parsano, 6/b e Spoleto in Via S. Agata, 8, nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa. L'informativa completa è disponibile sul sito [www.italymeeting.it/privacy.pdf](http://www.italymeeting.it/privacy.pdf)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo l'invio di informazioni relative ad altri eventi o iniziative di potenziale interesse.

SI  NO

SCHEDA DI ISCRIZIONE