

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome e Nome _____

C.F. / / / / / / / / / / / / / / / /

Nato/a _____ Prov. () il / /

Professione _____

Disciplina (solo x i medici e psicologi) _____

Ente di appartenenza/Libera professione _____

Descrizione Attivita' Professionale/Formativa (max 500 parole)

Esempio:

- Dal 2012 al 2017 Dirigente presso Servizio di Dialisi della Azienda Ospedaliera xxxxx
- Dal 2017 ad oggi Direttore UOC Nefrologia Azienda Ospedaliera xxxx
- Dal 2016 Presidente Associazione Tecnico scientifica xxxxxx
- Anno Accademico 2006/2007 Dottorato di ricerca in xxxxxx

Recapiti telefonici _____

e-mail: _____

Responsabile Scientifico

Relatore

Moderatore

Tutor

- Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali” (**dichiarazione obbligatoria-barrare la casella**).
- Il/la sottoscritto/a, in relazione alla propria partecipazione all'evento formativo “_____”, dichiara, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 02.02.2017, art. 80 c.3, che la partecipazione al presente evento formativo non beneficia di vantaggi economici, diretti e indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario (**dichiarazione obbligatoria-barrare la casella**).

Bari, _____ Firma _____