

SCHEDA DI ISCRIZIONE  
(Tutti i dati da inserire sono da considerarsi OBBLIGATORI)

**I Conferenza Regionale sull'Allattamento**  
**Siracusa, 20 Settembre 2019**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>Data di nascita</b>	
<b>Comune di nascita</b>	
<b>CAP e Provincia</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Indirizzo Residenza</b>	
<b>CAP e provincia</b>	
<b>Recapito telefonico</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Figura Professionale ECM: specificare</b> <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Dietista <input type="checkbox"/> Assistente sanitario <input type="checkbox"/> Educatore professionale <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> altro: _____	<b>Disciplina: specificare</b> _____ _____
<b>Datore di lavoro</b>	<input type="checkbox"/> ASP di _____ <input type="checkbox"/> Az. Ospedaliera _____ <input type="checkbox"/> altro: _____
<b>Tipologia di contratto</b>	<input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Dipendente

*Per i soggetti che partecipano al corso di formazione*

Ai sensi del D. Lgs n.101/2018 e del Regolamento UE n. 679/2016 autorizzo al trattamento dei dati personali forniti ai soli fini istituzionali e nei limiti previsti dalla legge. La firma apposta sulla presente scheda è da intendersi valida ai fini dell'informazione ed accettazione alla raccolta, all'elaborazione ed alla comunicazione dei propri dati personali.

<b>Data :</b>	<b>Firma</b>
---------------	--------------