

SCHEDA D'ISCRIZIONE EPICLUB
Epilessie del lobo frontale e parietale: manifestazioni cliniche
nell'adulto e nel bambino.
Aula P56, Dipartimento di Pediatria – Università degli Studi di Padova
28 marzo 2014

PREGASI COMPILARE INTERAMENTE LA SCHEDA, IN STAMPATELLO CHIARO E LEGGIBILE, ALTRIMENTI L'ISCRIZIONE NON VERRÀ CONSIDERATA VALIDA AI FINI ECM. SI PREGA DI PRESTARE PARTICOLARE ATTENZIONE ALL'INDIRIZZO E-MAIL, IN QUANTO GLI ATTESTATI SARANNO INVIATI PER POSTA ELETTRONICA

Cognome: _____

Nome: _____

Professione: _____ Disciplina: _____

Libero professionista Dipendente Convenzionato

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

C.F.: _____ N° iscrizione all'ordine _____

N° di Cellulare: _____

E-mail: _____

SEDE DI LAVORO:

Ospedale: _____ Reparto: _____

Indirizzo: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Città: _____ Tel: _____

Dichiarazione attestante invito da parte di Sponsor

Premesso che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ECM, intende per "reclutamento" il rapporto diretto tra lo sponsor e il partecipante all'evento formativo, che beneficia di vantaggi economici e non, per la partecipazione all'evento formativo stesso e che possono essere rappresentati dall'esonero del costo dell'iscrizione al corso, ai costi relativi, ai trasferimenti, pernottamenti e così via, dichiaro di essere a conoscenza del limite massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisibili mediante reclutamento diretto e dichiaro, sotto la mia responsabilità, di:

- essere ospite dello Sponsor VIROPHARMA SPRL
- NON essere stato invitato da nessuno Sponsor

La scheda d'iscrizione dovrà essere inviata allo Studio A&S a mezzo fax (02 87181593) interamente compilata e firmata entro e non oltre il 21 marzo 2014.

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto _____ pienamente informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 con la firma della presente scheda esprimo, ove occorresse, il consenso ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 al trattamento dei miei dati personali in conformità e per le sole finalità indicate nell'informativa resami.

Luogo e data: _____

Firma: _____

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

STUDIO A&S srl
Via Bergamo, 8
20135 MILANO
rif. CONVEGNI

Egr. Dott / Gent.le Dott.ssa
Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra-ina / Spett.le
Interessato/a al trattamento

OGGETTO: *informativa ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, relativo alla tutela del trattamento dei dati personali.*

Il titolare dei trattamenti, La informa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che:

- 1) il suddetto D.Lgs. prevede una serie di obblighi in capo a chi effettua "trattamenti" (cioè raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, comunicazione e diffusione) di dati personali riferiti ad altri soggetti (c.d. "interessati");
- 2) il trattamento dei Suoi dati personali di cui siamo in possesso o che Le saranno richiesti o che ci verranno comunicati da Lei o da terzi sarà svolto per le seguenti finalità:
 - esecuzione di obblighi contrattuali derivanti dalla partecipazione al convegno e alle pratiche E.C.M.; per cui viene compilata la relativa scheda di partecipazione;
 - eventuali inviti a convegni futuri
 - esecuzione di eventuali obblighi fiscali e contabili connessi;
 - esecuzione di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria;
- 3) il trattamento avverrà con sistemi manuali e automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse, sulla base dei dati in nostro possesso;
- 4) i Suoi dati potranno essere comunicati anche a soggetti esterni, per obblighi di legge o per esclusive ragioni funzionali nell'ambito dell'esecuzione degli adempimenti di cui alle succitate finalità; ed in particolare a titolo puramente esemplificativo: al Ministero della Sanità, al consulente fiscale, all'Amministrazione Finanziaria, agli organi di Polizia Tributaria, all'Autorità giudiziaria, ad istituti bancari, ad enti aventi lo scopo della tutela del credito;
- 5) il conferimento da parte Sua dei predetti dati ha natura obbligatoria e i dati sono indispensabili per l'adempimento degli obblighi legali o contrattuali derivanti dal contratto in corso o da eventuali futuri rapporti.
- 6) In caso di Suo rifiuto a conferire i dati o a consentire al loro trattamento ovvero alla loro comunicazione ne potrà derivare l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, ovvero di effettuare alcune specifiche operazioni;
- 7) è stato nominato responsabile del trattamento il legale rappresentante pro-tempore della società Dott. Ing. Massimo Cazzaniga;
- 8) nei Suoi confronti è previsto l'esercizio di alcuni diritti, mediante richiesta scritta a mezzo raccomandata a/r da indirizzare alla scrivente società. In particolare Lei ha il diritto di:
 - conoscere l'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile;
 - essere informato sul titolare, sulle finalità e sulle modalità del trattamento e sull'eventuale responsabile, sui soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati;
 - ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;
 - ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi, qualora trattati in violazione della legge;
 - opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati, salvi i limiti stabiliti dalla legge;
 - opporsi all'invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

F.to il titolare del trattamento

