

# LA SPASTICITÀ: LE EVIDENZE PER LA PRATICA CLINICA

## Il trattamento medico, riabilitativo e chirurgico

Terni, 16 Novembre 2018

Aula Magna Facoltà di Medicina e Chirurgia – via C. Mazziari, 3 – Terni

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

(compilare *in ogni parte* in stampatello)

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

Nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina: (solo per le Dirigenze Sanitarie) \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine/Collegio/Associazione professionale \_\_\_\_\_

della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Altre qualifiche professionali (no ECM) \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Reparto/Servizio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail (*obbligatoria*) \_\_\_\_\_

(compilare in stampatello maiuscolo)

#### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi Regolamento UE 679/2016)**

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività formativa e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi. I dati potranno essere comunicati al Ministero della Salute e/o alla Commissione Regionale ECM dell'Umbria, ai fini ECM. **Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per consentire l'iscrizione e la registrazione ai fini ECM.** Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera di Terni. Al firmatario sono riconosciuti i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali:  SI  NO (se barrata la casella NO, non può essere effettuata la registrazione ECM)

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