DATI OBBLIGATORI RICHIESTI DALLA REGIONE PIEMONTE PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI ASSEGNATI ALL'EVENTO

"INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE"

30 SETTEMBRE 2009

Sala Multimediale Regione Piemonte - C.so Regina Margherita, 174 - Torino

(scrivere in stampatello)

Cognome e Nome *(completo)*	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice Fiscale	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo privato (abitazione)	Via _____ CAP e CITTA'_____
Professione	☐ **MEDICO** ☐ **BIOLOGO** ☐ **FARMACISTA** ☐ **ASSISTENTE SANITARIO** ☐ **INFERMIERE** ☐ **INFERMIERE PEDIATRICO** ☐ **TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO**
Telefono privato	
Numero cellulare	
E-mail	
Sede di Servizio e Recapito	

Ai sensi del DLgs 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), autorizzo la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle sue finalità istituzionali scientifico-didattiche ed in particolare all'utilizzo dei dati stessi per fini ECM, tra cui la pubblicazione dei curricula dei docenti e dei responsabili scientifici nella Banca Dati del sito ECM della Regione Piemonte, accessibile a tutti gli utenti e alla trasmissione alla Regione Piemonte di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti". Sono altresì informato che potrò esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del DLgs 196/03, rivolgendomi al Legale Rappresentante della Facoltà, Responsabile del trattamento. Il trattamento dei dati è effettuato in forma cartacea e informatizzata presso gli uffici della Facoltà di Medicina e Chirurgia – C.so Bramante, 88 – 10126 Torino.

Data_____ Firma_____