

21 aprile 2018  
Sala 2, Multicinema Galleria

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO DI OCCUPAZIONE

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP/ CITTÀ/ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

SPONSOR \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs n. 196 del 30/6/03, La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra Società solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 7, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è Accademia Italiana Medici Specializzandi S.r.l.