

**6° SEMINARIO NAZIONALE SICGe
8-9 Giugno 2018, Roma**

DATI ANAGRAFICI

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita [][][][][][]

Residente in _____ Prov. [][] CAP [][][][][]

Indirizzo _____

Tel. _____ cell. _____ fax _____

E-mail _____ @ _____

CF _____ Partita IVA _____

DATI PROFESSIONALI

Laurea _____ data di conseguimento _____

Specializzazione _____

Qualifica _____

Istituzione _____

Indirizzo _____

CAP [][][][][] Città _____ Prov. [][]

Autorizzo SICGe all'utilizzo dei dati personali sopra indicati ai fini Ecm per la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30/06/03, oltre che all'invio di materiale inerente altre manifestazioni scientifiche di settore.

do il consenso

nego il consenso

Data _____

Firma _____