

## **RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL CORSO BIENNALE IN SCIENZE ALGOLOGICHE ISAL 2022-2023**

*\* Campo obbligatorio*

Nome e cognome\*

Luogo e data di nascita\*

Residenza\*

CF/P. IVA\*

Telefono\*

E-mail\*

Laureato/a in Medicina e Chirurgia nell'anno\*

Conseguita presso l'Università\*

Specializzazione in\*

Numero di iscrizione all'Ordine dei Medici\*

Iscritto all'ordine dei medici di\*

Reparto in cui viene svolta l'attività professionale\*

Sede del lavoro (via, CAP, città, tel/fax)

Qualifica

Data\*

### **Consenso:**

**Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016**

L'informativa sulla privacy è consultabile sul sito [www.fondazioneisal.it/privacy-policy](http://www.fondazioneisal.it/privacy-policy)

L'interessato:

**Presta il consenso**

**Nega il consenso**

affinché riceva informazioni inerenti iniziative e attività (anche formative) ritenute di suo interesse, organizzate da Fondazione ISAL, mediante newsletter, e mail, sms, WhatsApp, Facebook, posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore.

Per presa visione e accettazione

Firma