

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

* Campo obbligatorio

Cognome e Nome*

Luogo e data di nascita*

Residenza*

C.F. / P. IVA*

Telefono/cellulare*

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

L'interessato:

presta il consenso

nega il consenso

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

Per presa visione e accettazione

Firma
