

RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL CORSO DI ALTA FORMAZIONE INFERMIERISTICA ISAL-SIET 2023

* Campo obbligatorio

Cognome e Nome* _____

Luogo e data di nascita* _____

Residenza* _____

C.F. / P. IVA* _____

Telefono/cellulare* _____

E-mail* _____

Laureato/a in* _____

Conseguita in che anno e presso quale Università* _____

Specializzazione in* _____

Numero di iscrizione all'Ordine dei Medici/infermieri* _____

Iscritto all'Ordine dei Medici/infermieri 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
