

## SCHEDA ISCRIZIONE

<b>Titolo evento *</b>			
<b>Sede e data realizzazione</b>			
<b>Dati del Partecipante</b>			
Cognome e Nome *			
Data di nascita *		C.F.*	
Luogo di nascita *			PROV.*
Professione/disciplina *			
Indirizzo	Via		n°
Comune		CAP	PROV.
N° Telefono			
Email *			
Azienda/Ente di appartenenza *			
Struttura operativa di appartenenza *			
Indirizzo dell'Azienda/Ente	Via		n°
Comune		CAP	PROV.

**\* Dati obbligatori pena annullamento iscrizione**

Data ..... Firma.....

**La presente domanda dovrà essere inviata all'indirizzo e-mail : [formazione@arcs.sanita.fvg.it](mailto:formazione@arcs.sanita.fvg.it)**

### TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Dichiaro di avere letto e compreso il contenuto dell'informativa privacy per corsisti resa ai sensi dell'art. 13 del Reg (UE) 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 196/03 s.m.i. disponibile nella sezione dedicata del sito istituzionale di ARCS al seguente link:  
[https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/files/INFORMATIVA\\_COR SISTI.pdf](https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/files/INFORMATIVA_COR SISTI.pdf)

Data ..... Firma .....