

# CONOSCERE L'EPATITE C: SCREENING, DIAGNOSI E CLINICA Brescia, 18 Maggio 2019

Sala Conferenze Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia

Via Alessandro Lamarmora ,167

**PARTECIPANTI:** La partecipazione al Convegno è riservata a 50 Medici Chirurghi – Disciplina Medicina Generale

**CREDITI FORMATIVI:** Provider ICM International srl 475. L'Evento è stato accreditato con 4 crediti formativi secondo il Programma per l'Educazione Medica Continua – Accredimento N. 258188

L'assegnazione dei crediti formativi è subordinata alla presenza al 100% dei lavori e alla corretta compilazione di almeno il 75% delle domande proposte all'interno del questionario di valutazione finale. Sarà inoltre obbligatoria la rilevazione delle presenze e la compilazione del questionario di gradimento dell'evento formativo.

**L'ISCRIZIONE È GRATUITA MA OBBLIGATORIA.** Si prega di compilare e inviare la presente scheda al Provider ICM International via posta: ICM International - Viale del Vignola, 44 – 00196 Roma via E-mail: [segreteria@icminternational.eu](mailto:segreteria@icminternational.eu)

Nome.....Cognome.....

Nata/o a.....il.....

Codice Fiscale .....

Residente a CAP ..... Città ..... Prov. ....

Indirizzo.....

Cellulare .....E-mail.....

Professione .....

Disciplina .....

Specialista in .....

ASL di Appartenenza .....

Struttura di Riferimento .....

Indirizzo Struttura di Riferimento .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Tel.....Fax .....

**Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi del Decreto legislativo 196/03 La informiamo che i dati personali sopra richiesti verranno trattati per l'adempimento degli atti relativi alla gestione dei meeting/corsi a cui partecipa e verranno archiviati, custoditi ed eventualmente comunicati a terzi esclusivamente per lo scopo sopra indicato. Ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003 potrà esercitare i Suoi diritti, in ogni momento, contattando il titolare del trattamento ICM INTERNATIONAL SRL, Via Vignola n. 44 – 00196 Roma , chiedendo la rettifica o la cancellazione dei dati stessi.

Letta l'informativa acconsento al trattamento dei miei dati personali come sopra indicato.

**DATA .....** **FIRMA .....**