



# MODULO DI ISCRIZIONE


XV Corso di aggiornamento per operatori dei registri tumori

Modena 6-7-8 ottobre 2015

## DATI ANAGRAFICI/FISCALI richiesti per il conseguimento dei crediti ECM

Nome e cognome	<input type="text"/>	Codice fiscale	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>				
Qualifica personale	<input type="text"/>	Specializzato/a in	<input type="text"/>		
Indirizzo privato	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>

## DATI ENTE richiesti per la corrispondenza

Ente/Registro tumori	<input type="text"/>				
U.O./Servizio	<input type="text"/>				
Indirizzo ente	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		si prega di controllare scrupolosamente la correttezza del recapito e-mail		

(obbligatoria)  A. Richiede l'iscrizione al suddetto corso di aggiornamento AIRTUM

(obbligatoria)  B. Dichiara di essere in regola con la quota associativa AIRTUM per l'anno solare 2015

(facoltativa)  C. Richiede inoltre la possibilità di accedere al rimborso spese fino a un massimo di €100,00

ai fini della richiesta di cui al punto C, dichiara inoltre:

C.1. che il proprio ente è un registro censito su [www.registri-tumori.it/cms/copertura](http://www.registri-tumori.it/cms/copertura)

C.2. che il responsabile del registro tumori ha approvato la partecipazione

C.3. che il responsabile del registro tumori ha approvato la richiesta di rimborso

Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare.

Da salvare e inviare per email a:  
[c.cirilli@ausl.mo.it](mailto:c.cirilli@ausl.mo.it)

Firma \_\_\_\_\_