

<b>ISCR. CORSI</b>	<b>SCHEDA D'ISCRIZIONE</b>	
------------------------	----------------------------	---

Richiedo l'iscrizione al seguente corso RESIDENZIALE INTERATTIVO:  
**PERCORSO ESPERIENZIALE CON IL "PROGETTO INFERMIERISTICO  
 MULTICULTURALE" Varese 6 giugno 2018**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Profilo professionale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Ordine di appartenenza \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Dipendente

Libero professionista

Per poter partecipare all'evento è necessario: procedere con la preiscrizione telefonica, contattando la Segreteria Organizzativa. Dopo la conferma della disponibilità del posto, i non iscritti ad OPI Varese devono effettuare il versamento utilizzando i seguenti dati:

- c/c/postale n° 18245217
- IBAN IT74 X076 0110 8000 0001 8245 217
- intestato a "Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese"
- causale: "Cognome e nome – 6 giugno 2018"

Inviare la scheda di iscrizione allegando la copia dell'attestazione di versamento alla Segreteria Organizzativa (fax, posta elettronica, ecc...) entro 3 giorni dall'iscrizione telefonica, pena l'annullamento della stessa. Attendere la conferma di avvenuta iscrizione a mezzo indirizzo *e-mail* indicato.

**Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche (tutela della *privacy*)**

Gentile utente, i dati raccolti attraverso la compilazione della scheda saranno trattati esclusivamente nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché tutelando il diritto alla riservatezza. Essi saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, per finalità riguardanti lo svolgimento delle attività editoriali, organizzazione di convegni, seminari, iniziative proprie dell'OPI di Varese oltre che a scopi promozionali e statistici. A tal proposito, ogni interessato al trattamento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dal codice della *privacy*, con particolare riferimento alla possibilità di conoscere la natura e tipologia dei dati in nostro possesso, poter richiedere la loro integrazione o rettificazione e poter esercitare, in qualsiasi momento, il diritto di opposizione al trattamento e ricevimento di comunicazioni a mezzo *e-mail*, oltre alla cancellazione dei dati stessi.

Titolare del trattamento: Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese, viale Borri 209, 21100 Varese. *E-mail*: [segreteria@ipasvivarese.it](mailto:segreteria@ipasvivarese.it)

Dichiaro di accettare l'informativa relativa alla *privacy* ed esprimo il consenso al trattamento dei dati negli ambiti indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_