

# RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL CORSO BIENNALE IN SCIENZE ALGOLOGICHE ISAL 2019-2020

\* Campo obbligatorio

Cognome e Nome*			
Luogo e data di nascita*			
Residenza*			
C.F. / P. IVA*			
Telefono/cellulare*			
E-mail*			
Laureato/a in Medicina e Chirurgia nell'anno*			
Conseguita presso l'Università*			
Specializzazione in*			
Numero di iscrizione all'Ordine dei Medici*			
Iscritto all'Ordine dei Medici 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](http://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

---

Compilare il modulo, firmarlo e inviarlo alla mail:

**istitutoisal.rimini@fondazioneisal.it**