

**Centro di Consultazione per Genitori,
Bambini e Adolescenti - Venezia**

Data: _____ Evento 70-244805 **Oltre il trauma. Il passaggio dall'esperienza traumatica della pandemia alla riattivazione della speranza**

Dati personali del partecipante:

CognomeNome
Luogo e data di nascita
Laurea inSpecializzazione in.....
Professione
Codice Fiscale
Città di residenzaProvinciaCAP
Via
Cell.....email

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente del SSN
- Convenzionato del SSN
- Specializzando (Scuola/Specialità)
- Tirocinante post- lauream (FacoltàServizio)
- Libero professionista in ambito sanitario
- Altro (specificare).....

Iscrizione intero ciclo SI

Richiesta Crediti ECM: SÌ NO (solo per iscrizione all'intero ciclo)

Iscrizione singolo seminario del giorno _____ (non è possibile richiedere i crediti ECM)

Indirizzo della sede principale di lavoro:

Via.....N°.....Città.....
Provincia..... CAP

Intestazione fattura:

Ragione Sociale
Cognome.....Nome
P. IVA..... C.F
Via..... N°..... Città.....
Provincia.....CAP
indirizzo pec.....

Consenso al trattamento dati

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

avendo preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito www.asvegra.it/ProviderECM/Documenti esprime il proprio libero consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali per tutte le finalità indicate nell'informativa.

Data _____

Firma leggibile _____

Si impegna inoltre a non registrare e/o divulgare materiale audio e/o video raccolto senza il consenso dei diretti interessati, docenti e partecipanti al Corso/Seminario qualora fosse all'interno della stanza virtuale di Zoom Meeting di proprietà di Asvegra Provider.

Data _____

Firma leggibile _____