

Centro di Consultazione per Genitori, Bambini e Adolescenti - Venezia

Data: _____ Evento 70-255203

Identità sessuale e identità di genere: nuove problematiche in bambini e adolescenti**Dati personali del partecipante:**

CognomeNome
Luogo e data di nascita
Laurea in Specializzazione in.....
Professione
Codice Fiscale
Città di residenza Provincia CAP
Via
Cell.....email

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente presso
 Convenzionato presso.....
 Libero professionista (P.I.)
 Specializzando (Scuola/Specialità)
 Tirocinante post- lauream (Facoltà Servizio)
 Altro (specificare).....

Richiesta Crediti ECM: SÌ NO **Partecipante reclutato dallo sponsor:** SÌ NO **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 _____