



MODULO D'ISCRIZIONE

(Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ **il** _____

Residente _____ **via** _____

Cap _____ **Prov** _____ **Tel** _____

Cell _____ **E-mail** _____

Codice Fiscale _____

Qualifica Ospedaliera _____ **a tempo indeterminato** **Si** **No** _____

Specializzazione in _____

Unità operativa _____

Indirizzo Luogo di lavoro _____

Telefono luogo di lavoro _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL P.F.A.:

DONAZIONE ORGANI

19 Aprile 2018

"Sede del P.F.A. –Aula Cannavo' -2° piano Allergologia Pad.H– A.O.U. “G. Martino”di Messina

Firma _____

Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime consenso al trattamento dei suoi dati personali da parte del Ministero della Sanità, del Provider di formazione e della segreteria Organizzativa.