



## SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

**M10**Revisione  
2Data  
25 mag 18Foglio  
1 di 2

### Riflessioni sull'applicazione delle priorità d'intervento Individuate nella carta della salute mentale a livello regionale: confronto tra società italiana di psichiatria e Regioni

**15 marzo 2019****Palazzo "Armieri" - Regione Campania****Via Nuova Marina 19/C, Napoli**

Da compilare, firmare e spedire a MA Provider Srl, al seguente numero di fax: 02-89098927 oppure scansionare ed inviare all'indirizzo di posta elettronica: [tanzi@maprovider.com](mailto:tanzi@maprovider.com) entro 10 giorni dall'inizio dell'evento.

L'iscrizione all'evento è gratuita.

L'accesso alla sala è consentito fino al raggiungimento della capienza massima previa iscrizione.

Codice fiscale:		
Cognome:		
Nome:		
E-mail:        @        .		
Recapito telefonico:    /		
Numero di cellulare:   /		
Indirizzo:		
Città:	CAP:	Sigla Provincia:
Luogo di nascita:		
Data di nascita:    /    /		
Professione principale: (es: Medico/Farmacista/Farmacoeconomista)		
Disciplina di specializzazione: (per professioni sanitarie)		
Nome struttura di lavoro e città:		
Ruolo all'interno della struttura:		

INFORMATIVA RELATIVA ALLA LEGGE SULLA PRIVACY - Ai sensi del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (GDPR), i dati personali sopra forniti, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento e alla gestione di questo evento. La base giuridica del trattamento è il consenso espresso dell'interessato. I dati verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, o comunque mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e riservatezza. L'ambito di trattamento sarà riservato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra e per l'invio di materiale informativo di carattere esclusivamente scientifico a soggetti che, in collaborazione con il titolare, abbiano partecipato all'organizzazione di questa iniziativa o ad altri progetti futuri. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario per il perseguimento delle finalità indicate. MA Provider Srl garantisce la possibilità di esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei dati nonché opporsi al proprio utilizzo per le finalità indicate. Titolare dei sopraindicati trattamenti è MA Provider Srl con sede in via Vincenzo Monti, 3 Milano, indirizzo mail: [privacy@maprovider.com](mailto:privacy@maprovider.com).

**Consenso al trattamento e gestione dei dati:** Dichiaro di avere ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del GDPR. Esprimo il mio consenso a ricevere materiale informativo relativo ai prossimi eventi/corsi in programma.

 **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO**

Dichiaro inoltre che partecipando all'evento sono consapevole del fatto che potranno essere riprese immagini o video che potrebbero venire utilizzati per scopi promozionali sui canali di comunicazione del Titolare

DATA    /    /

FIRMA \_\_\_\_\_



**SCHEDA ISCRIZIONE  
PARTECIPANTE**

**M10**

Revisione  
2

Data  
25 mag 18

Foglio  
2 di 2

Si prega di segnalare eventuali esigenze alimentari (es. allergie, intolleranze, scelte alimentari vegetariane o vegane, etc.) all'atto dell'iscrizione.