



SCHEDA DI ISCRIZIONE SCUOLA DI ECOGRAFIA DEL POLICLINICO DI MONZA

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI ECOGRAFIA DI BASE

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Residente aProv.Cap..... Via/Vicolo/Piazzan..... Recapiti Telefonici

E-mail Codice Fiscale

Anno di Laurea Specializzazione/i

Frequenza del corso teorico di base: si no

Socio SIUMB

Azienda o Ente di Appartenenza

CittàProv..... Cap..... Via/Vicolo/Piazzan.....Recapiti Telefonici

E-mail

Con la presente dichiaro:

di essere in possesso di polizza assicurativa personale (obbligatoria) contro i rischi/infortuni derivanti dall'attività professionale;

di aver preso visione del regolamento della scuola e di condividerlo integralmente;

di prendere atto che il Policlinico di Monza ha adottato il proprio codice etico, reperibile sul sito internet e di impegnarmi ad osservarlo nell'ambito delle attività inerenti la partecipazione al Corso di Ecografia di Base, in quanto applicabile a tutti i soggetti che entrano in relazione con Policlinico di Monza

Luogo e Data.....

Firma _____

La informiamo che in relazione al D.L.gs. 196/2003 il trattamento dei Suoi dati personali, sarà improntato sui principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati da Lei forniti verranno trattati solo ed esclusivamente per finalità istituzionali.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, presto il consenso nego il consenso al trattamento dei miei dati da parte di Policlinico di Monza per i fini indicati nella suddetta informativa.

Luogo/Data.....

Firma _____