

**FAD – INTOLLERANZE ALIMENTARI:
TEST GENETICO E TEST LEUCOCITOTOSSICO
(14 ore – 21 crediti ECM)**



Modulo di iscrizione

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Codice fiscale	
Telefono	
Indirizzo mail	
Residente in	
Via	
Numero	
CAP	
Città	
Provincia	

ADEMPIMENTI

Il costo complessivo del corso è di € 65,00.

Il presente modulo, debitamente compilato NON A MANO, unitamente alla scheda della privacy, dovrà essere stampato, firmato ed inviato via fax al numero +39.050.8666168.

È possibile inoltre scansarli ed inviarli via mail all'indirizzo corsi@acsianonlus.it

CORSO VALIDATO ECM PER LE SEGUENTI PROFESSIONI: FARMACISTI, BIOLOGI, DIETISTI, MEDICI CHIRURGHI DELLE SEGUENTI CATEGORIE: CARDIOLOGIA; CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; ENDOCRINOLOGIA; GASTROENTEROLOGIA; GERIATRIA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MEDICINA DELLO SPORT; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); MEDICINA INTERNA; PEDIATRIA; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

INIZIO CORSO : 15/06/2018 – FINE CORSO : 14/06/2019

PER L'EROGAZIONE DEI CREDITI ECM IL PERCORSO FORMATIVO, COMPRESIVO DEL SUPERAMENTO DEL QUESTIONARIO ECM

DOVRA' ESSERE COMPLETATO ENTRO E NON OLTRE LA DATA DI FINE CORSO. NON SARANNO POSSIBILI PROROGHE.

NOTA: Tutti i campi sono obbligatori; documenti pervenuti compilati a mano con dati mancanti e/o di difficile comprensione non verranno presi in considerazione e distrutti

Come sei venuto a conoscenza di questo corso? <input type="checkbox"/> Sito Web A.C.S.I.A.N <input type="checkbox"/> Rivista Ordine Nazionale Biologi <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	iscritto/a all'albo professionale	
	○ SI	○ NO
	Albo	
	Matricola	
	Specializzazione	

Richiede inoltre l'erogazione dei crediti ECM

Firma

Data

Intestazione ricevuta (indicare solo se l'intestatario è diverso dall'iscritto)		
Intestazione		Intestatario: A.C.S.I.A.N. cooperativa sociale onlus Estremi per il pagamento Bonifico bancario : Banco Posta Codice IBAN IT43S 07601 14000 0010 28108197 Causale: FAD INTOLLERANZE 2018
Indirizzo		
CAP		
Città		
Provincia		
Partita IVA		

**FAD – INTOLLERANZE ALIMENTARI:
TEST GENETICO E TEST LEUCOCITOTOSSICO
(14 ore – 21 crediti ECM)**



Scheda Privacy

La cooperativa sociale onlus A.C.S.I.A.N. (Associazione Centro Studi e ricerche delle Intolleranze Alimentari e della Nutrizione), ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30.6.2003 n. 196, comunica ai propri associati e a persone eventualmente interessate alle attività che:

- a) i dati personali degli associati
 1. sono necessari per la gestione delle comunicazioni tra ACSIAN, società affiliate e le persone interessate per fini informativi, divulgativi e informativi. Il mancato conferimento dei dati rende nulle le finalità del trattamento sotto descritto.
 2. I dati vengono utilizzati per
 - raccolta, registrazione ed elaborazione su supporti magnetici e/o cartacei
 - organizzazione degli archivi in forma prevalentemente automatizzata
 - eventuale promozione di attività formative
- b) per le finalità di cui al precedente punto, sezioni 1 e 2, sono
 1. autorizzati a compiere operazioni di trattamento dei dati, oltre il responsabile, anche gli addetti incaricati di segreteria
 2. i dati non saranno in alcun modo comunicati a terze parti al di fuori delle attività e finalità espresse nello statuto, in ottemperanza alle modalità prescritte dal D.Lgs 30/6/2003 n. 196
- c) il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti informatici e telematici da parte dell'associazione. In ogni caso il trattamento avviene con logiche strettamente correlate alle finalità sopraindicate e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati i quali saranno altresì gestiti e protetti in ambienti il cui accesso è sotto costante controllo
- d) il titolare del trattamento è il Presidente e Rappresentante legale: Dott. Paolo Baldeschi
- e) in relazione al trattamento dei predetti dati, l'associato o persona interessata, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs n.196/2003 ha diritto di ottenere da ACSIAN:
 1. la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali, la loro comunicazione in forma comprensibile e la coscienza della loro origine nonché della logica su cui si basa il trattamento
 2. la cancellazione, entro un congruo termine, dei suoi dati, la loro trasformazione in forma anonima o il blocco di quelli trattati in violazione della legge
 3. l'aggiornamento dei dati, la loro rettifica o, quando vi abbia interesse, la loro integrazione
 4. l'attestazione che le operazioni, di cui ai precedenti punti 2 e 3, sono state portate a coscienza di coloro ai quali sono stati comunicati, sempre che non risulti impossibile o comporti un impiego di mezzi sproporzionato. L'associato o persona interessata ha inoltre diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, anche se pertinenti allo scopo della raccolta, scrivendo all'indirizzo in calce

Per presa visione,

		Firma
Data		