



Dipartimento di Staff  
S.S.C. Qualità, comunicazione e formazione  
S.S.C. Formazione

TITOLO DEL CORSO/EVENTO ..... DATA .....

Cognome.....Nome.....

.Nato a.....(.....) il.....

Codice Fiscale.....

Professione..... Disciplina.....

Rapporto di lavoro:  dipendente  convenzionato  libero professionista

Ente di appartenenza.....

Residenza.....

Cap.....Città.....(.....)

Tel.....Cell.....

e-mail.....

**La scheda di iscrizione al corso deve essere inviata:**

o via e-mail all'indirizzo: [iscrizioni@galliera.it](mailto:iscrizioni@galliera.it) oppure posta ordinaria/prioritaria a: Segreteria Formazione E.O. Ospedali Galliera – Mura delle Cappuccine 14 - 16128 Genova.

L'iscrizione si intenderà perfezionata nel momento in cui la Segreteria organizzativa riceverà il presente modulo, debitamente compilato e firmato. La conferma dell'avvenuta accettazione verrà data solo via e mail.

**In caso di rinuncia**, avvisare una settimana prima del corso tramite e mail : [iscrizioni@galliera.it](mailto:iscrizioni@galliera.it)

**Trattamento dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE si informa che i dati personali inseriti nel presente modulo verranno trattati dall'E.O. Ospedali Galliera, titolare del trattamento, ai soli fini della gestione dell'evento formativo ivi compresi, ove previsti, gli adempimenti ECM. Rispetto al trattamento dei propri dati, l'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento che potrà esercitare scrivendo al Responsabile Protezione Dati all'indirizzo [rpd@galliera.it](mailto:rpd@galliera.it)

Data .....

Firma.....