

DICHIARAZIONE

ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016.

Il sottoscritto

nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di **Responsabile Scientifico** del seguente evento formativo:

acconsente alla pubblicazione dei dati personali richiesti nel Programma di ECM

(Educazione Continua in Medicina).

DATA

FIRMA

Il sottoscritto

nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di **Responsabile Organizzativo** del seguente evento formativo:

acconsente alla pubblicazione dei dati personali richiesti nel Programma di ECM

(Educazione Continua in Medicina).

DATA

FIRMA