

9 aprile 2019
Milano



Meet the expert: Immunoterapia nel trattamento del melanoma metastatico avanzato

Sede Corso

Fondazione IRCCS Ca Granda - Policlinico
Aula di Dermatologia - Palazzina 2
Via Pace, 9
Milano

Da compilare in ogni parte ed inviare all'indirizzo mail: info@agcongress.it

ECM – Corso a numero chiuso: massimo 30 Partecipanti

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome e Cognome * _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

C.F. * _____ E-mail * _____

Indirizzo (PRIVATO) _____ Cap _____ Città _____

Tel. _____ Cell. _____

Qualifica * _____ Specializzazione * _____

Libero Professionista *

Dipendente *

Convenzionato *

Ai fini dell'ottenimento dei crediti ECM è necessario:

- **Completare la form di registrazione con i propri dati personali. Le schede non compilate in ogni parte saranno considerate non valide ai fini dell'assegnazione dei crediti: i dati contrassegnati con * sono obbligatori**

- **Completare il percorso formativo partecipando a tutte le ore formative accreditate, firmato il libro firma in ingresso ed in uscita e compilato il questionario di valutazione apprendimento Partecipanti, con il 75% di risposte corrette.**

Informativa sulla privacy Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/03 e facendo seguito al GDPR ("General Data Protection Regulation") nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016 si precisa che i dati personali richiesti verranno raccolti in un data base gestito da A&G Global Events Srl. Il loro trattamento è finalizzato al corretto svolgimento dell'attività di organizzazione dell'evento e all'efficace gestione ed erogazione dei servizi ad essa connessi. La mancata comunicazione comporta l'impossibilità di svolgere correttamente il trattamento, in tutto o in parte. Il trattamento avverrà presso A&G Global Events Srl - Via Satrico 43 - 00183 Roma, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate. Dei dati potranno venire a conoscenza gli incaricati del trattamento. Per esercitare i diritti previsti l'interessato può rivolgersi al Titolare A&G Global Events Srl - Via Satrico 43 - 00183 Roma

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Data _____ Firma _____