

# CARCINOMA DELLA PROSTATA: BRACHITERAPIA COME E QUANDO?

Bologna, 23 maggio 2014 - Policlinico S.Orsola-Malpighi  
Pad.30 "Aula Prof. Ruggero Sciascia"

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviare  
ai seguenti numeri Fax: 051/6364336 – 051/6364930

Medico  TSRM  Fisico  Infermiere

Disciplina.....

Cognome.....

Nome.....

Qualifica Professionale.....

*Recapito professionale*

Divisione/Dipartimento.....

Ospedale/Università.....

Altro.....

*Recapito per la corrispondenza*

Via.....

Cap..... Città.....

Tel ..... Fax.....

Cellulare.....

E-mail.....

C.F. (obbligatorio).....

### Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. **NB: In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione al Congresso.**

Data ..... Firma .....

Autorizzo il trattamento dei miei dati anagrafici per l'invio di materiale informativo sugli eventi formativi ECM e congressuali organizzati da Cogest M. & C. che dichiara che i dati non verranno trasmessi a terzi.

Data ..... Firma .....

### Informativa ai sensi dell' Art. 13 del D.Lgs 196/2003

**(Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).**

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Congresso per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e, in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003. Non verranno comunicati ad alcuna società commerciale.

Responsabile del trattamento è