

**LA FARMACIA AMICA DELL'ALLATTAMENTO MATERNO.
COME SOSTENERE E AIUTARE LE MADRI.**
*promuovere, sostenere e proteggere l'allattamento materno
secondo le indicazioni OMS/Unicef*



Bologna 20 - 21 ottobre 2018

Scheda di iscrizione

Si prega di compilare la scheda in stampatello in tutte le sue parti

L'attestato ECM verrà spedito all'indirizzo indicato dal partecipante dopo verifica dei requisiti richiesti

Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo abitazione	
Recapito Telefonico	
E-mail	
Professione	
Farmacia /Ente	
Indirizzo Farmacia /Ente	
Recapito Telefonico	
E-mail	



Indirizzo per la spedizione dell'attestato ECM	
--	--

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti su questo documento ai fini statutari dell'Associazione IL MELOGRANO, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)
Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

In fede

.....

Consenso trattamento dati e immagini

A titolo gratuito e senza limiti di tempo, ai sensi del D.lgs n. 196 del 2003 sulla privacy e in base al regio Decreto n. 633 del 1941 sul diritto all'immagine

AUTORIZZO

l'uso dei dati personali e la pubblicazione della propria immagine al Il Melograno per eventuale pubblicazione come formato foto, DVD, mezzo cartaceo o altro mezzo di comunicazione, senza che venga mai pregiudicata la propria dignità personale ed il decoro, e a solo scopo di ricerca, promozione sociale, culturale e artistica.

Data

In fede

.....

..