SCHEDA DI ISCRIZIONE

MASTER DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA ILDEGARDIANA 2025-2026

**** Tutti i campi sono obbligatori***

NOME*

COGNOME*

PROFESSIONE*

INDIRIZZO*

CODICE FISCALE* O DATI FATTURAZIONE PARTITA IVA*

INDIRIZZO MAIL*

NUMERO DI TELEFONO*

MODALITÀ DI FRUIZIONE*

☐ in presenza ☐ online

☐ mista

SONO INTERESSATO AGLI ECM*

☐ sì ☐ no

*Gli ECM hanno un **costo aggiuntivo di 180 euro***

CONSENSO PRIVACY

Sottoscrivendo il presente Modulo, il sottoscrittore riconosce ed accetta che le informazioni ed il materiale condiviso e/o fornito durante il Corso ai partecipanti, senza esclusioni, restano soggetti al divieto di divulgazione a terzi ed al divieto di utilizzo e/o sfruttamento per scopi personali diversi da quello di studio. Il sottoscrittore del presente Modulo si obbliga pertanto a rispettare i precisati divieti, con ciò riconoscendo che trattasi di informazioni e materiale riservati che sono proprietà e parte integrante della conoscenza tecnico scientifica e del sapere umanistico della Dr.ssa Sabrina Melino che ne è l'esclusiva titolare. Il sottoscrittore del presente Modulo riconosce ed accetta che i suoi dati personali, forniti mediante il presente Modulo, saranno trattati da Mildes Group srL quale responsabile del trattamento dei dati, con mezzi automatizzati e non, nel rispetto del Reg. UE n. 769/'16 e D. Lvo n. 196/'03 e dei principi di correttezza e liceità, e potranno essere comunicati a terzi per gli adempimenti anche di legge connessi allo svolgimento del Corso. Nella sua qualità di interessato il sottoscrittore del presente Modulo gode dei diritti di cui all'art. 7 D. Lvo n. 196/2003. Il mancato conferimento dei dati personali preclude la partecipazione al Corso.

DATA*

FIRMA*

Per conferma ed accettazione delle condizioni generali e regolamento del corso.