

SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTI

**"DIAGNOSI E TRATTAMENTO PSICO-FARMACOLOGICO NEI DISTURBI ADHD"**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO S. FRANCESCO – VIA DI S. FRANCESCO N. 271**  
**ANGUILLARA SABAZIA (RM)**  
**27 – 28 MAGGIO 2015**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo – via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Citta \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ -email \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_

Servizio appartenenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del posto di lavoro \_\_\_\_\_

Nel rispetto del dlgs n. 196/2003 e modificazioni e integrazioni, relativo alla normativa sulla Privacy, La informiamo che la compilazione della scheda è necessaria per la registrazione della Sua presenza all'evento e che i dati da Lei comunicati saranno conservati e trattati esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda per le finalità connesse alla formazione. Secondo quanto disposto dall'art. 7 della citata legge, Lei ha diritto, in qualsiasi momento ed a titolo gratuito, a richiedere la modifica o la cancellazione dei Suoi dati.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Inviare via email a : [infoautismo@aslrmf.it](mailto:infoautismo@aslrmf.it)

**Nota bene: il dirigente gerarchicamente superiore dovrà essere messo a conoscenza della richiesta di iscrizione. La segreteria organizzativa darà conferma dell'eventuale accoglimento della richiesta.**