



# Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

## “LA CHIRURGIA ROBOTICA – ASPETTI REGOLATORI E PROCESSI DI GOVERNANCE DELL’INNOVAZIONE”

Codice Evento: 313-400102

Roma, 30 novembre 2023

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

– riservata solo ai MEDICI CHIRURGHI, INFERMIERI -

DA INVIARE VIA MAIL alla Segreteria Nazionale SIFO ([info@sifo.it](mailto:info@sifo.it)) ENTRO IL 29/11/2023

|                                          |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |                 |        |               |     |  |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|---------------|-----|--|
| Cognome                                  |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |                 | Nome   |               |     |  |
| Luogo di Nascita                         |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  | Data di Nascita |        | CF            |     |  |
| Indirizzo Abitazione                     |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |                 | Num.   |               | Cap |  |
| Località                                 |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  | Prov.           |        | Regione prov. |     |  |
| Denominazione Azienda/Sede lavoro        |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |                 |        |               |     |  |
| Tel.                                     |                                                                                                                                                                                                          | Cell.                                                                                                            |                 | E-mail |               |     |  |
| Professione                              | <input type="checkbox"/> Medico Chirurgo<br>Indicare la disciplina _____<br><input type="checkbox"/> Infermiere                                                                                          |                                                                                                                  |                 |        |               |     |  |
|                                          | <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Dipendente<br><input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di Occupazione (o in congedo o altro: _____) |                                                                                                                  |                 |        |               |     |  |
| Iscrizione avvenuta tramite reclutamento |                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' (se sì, indicare il nome dell'Azienda reclutante _____) |                 |        |               |     |  |
| Comunica eventuali allergie alimentari:  |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |                 |        |               |     |  |

Il corso è rivolto a n. **70 Operatori Sanitari** provenienti da tutto il territorio nazionale. Nello specifico:

- n. **55 Farmacisti soci SIFO** (tutte le discipline) in regola con la quota associativa 2023;
- n. **15 tra Medici Chirurghi e Infermieri** (tutte le discipline),.

### QUOTA DI ISCRIZIONE: NON PREVISTA

#### TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Di aver preso visione delle informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR mediante consultazione dell'apposita Informativa consultabile al seguente link: <https://www.sifoweb.it/elenco-informative-privacy-survey/4379-informativa-sulla-privacy-modulistica-generale.html>

#### e PRESTA

il suo consenso al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa.

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

#### RISERVATEZZA

Il presente contenuto è strettamente riservato ed è esclusivamente destinato alla società, ente e/o persona indicati come destinatari/o. Chi riceve la presente documentazione, se non è l'effettivo destinatario o un dipendente o la persona responsabile della consegna, è tenuto a non farne alcun uso, copia distribuzione o divulgazione. Quanto inviato e ricevuto per errore da società, ente e/o persona diversi da quelli indicati sopra non deve essere letto né divulgato in qualsiasi modo e, previo avviso, deve esserci restituito, a nostre spese in originale, oppure distrutto. Per qualsiasi comunicazione ovvero in caso di illeggibilità o incompleta ricezione di quanto trasmesso si prega contattare al più presto il numero 02.6071934.