



**ASSOCIAZIONE "BUTTERFLY - Cure Palliative Domiciliari"**



**IRCCS "Istituto Tumori Giovanni Paolo II" Bari**

---

## SCHEDA D'ISCRIZIONE CONVEGNO ACCREDITATO

*"Tra il vivere e il morire solo scelte di vita"*

**9 Giugno 2017**

**Sala Conferenze IRCCS "Istituto Tumori Giovanni Paolo II" di Bari**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. Ab. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sede di Lavoro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

### POSIZIONE LAVORATIVA PER LA QUALE SI PARTECIPA AL CORSO

Libero Professionista

Dipendente

Altro

***Chiede di iscriversi al Corso Accreditato citato in titolo.***

**Modalità di partecipazione:** l'accettazione dell'iscrizione avviene in seguito alla ricezione della presente scheda. L'ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione dà precedenza sul riempimento dei posti previsti. Verrà data comunicazione di eventuale accoglimento della domanda.

Il Firmatario dichiara di aver preso visione delle informazioni e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte.



**ASSOCIAZIONE "BUTTERFLY - Cure Palliative Domiciliari"**



**IRCCS "Istituto Tumori Giovanni Paolo II" Bari**

---

**L'iscrizione è gratuita.**

**E' auspicata una donazione minima di 20 euro come solidarietà nei confronti delle attività statutarie dell'Associazione Butterfly mediante versamento postale su c/c 3222818. Il bollettino potrà essere inviato unitamente alla scheda di iscrizione e darà diritto a ricevere un invito per lo spettacolo del 10 giugno.**

LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE DEBITAMENTE FIRMATA E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRA' ESSERE INVIATA:

SCANNERIZZATA ED INVIATA VIA E-MAIL AI SEGUENTI INDIRIZZI:

[s.costanza@oncologico.bari.it](mailto:s.costanza@oncologico.bari.it) (per i dipendenti Istituto Tumori di Bari)

[butterfly.bari@gmail.com](mailto:butterfly.bari@gmail.com) (per tutti gli altri)

DATA \_\_\_\_\_

Firma del Partecipante  
(con responsabilità sulla correttezza dei dati)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA LEGGIBILE)

**INFO:** 328/9111178 – 320/0838608

**INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):**

L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE L'INTERESSATO FORNISCE IL CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI COMMERCIALI AI SENSI DELL'ART. 130 N.1 (D.LGS N. 196/03) ED ALLA PUBBLICIZZAZIONE DI FUTURE INIZIATIVE DI FORMAZIONE.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA PER ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_