

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI
E ACCETTAZIONE PROCEDURA AUTORIZZAZIONE ENTE**

Il sottoscritto

Cognome e nome:

Luogo di nascita e data di nascita:

Codice Fiscale:

Residente in:

Cellulare/Telefono:

E-mail:

Ente:

Reparto:

Ruolo:

Qualifica:

Specializzazione:

In relazione ai dati raccolti da O.I.C. S.r.l. dichiaro, di aver preso visione della informativa al link <http://protesica2019.it/privacy-policy> (Partecipanti e Candidati Supporto Educazionale) – Riferimento 1, e quindi dei diritti riconosciuti ai sensi del Regolamento UE 679/2016

Acconsento al trattamento di tutti i dati raccolti indicati nell'informativa stessa alle lettere a) e b) per le finalità e con le modalità ivi indicate

Acconsento al trattamento di tutti i dati raccolti indicati nell'informativa stessa alla c) per le finalità di diffusione e promozione di materiale informativo inerente attività e servizi che possano essere di interesse

Acconsento la comunicazione dei miei dati personali per l'utilizzo che le Aziende erogatrici di Supporti Educazionali al Congresso in questione, siano chiamate a fare in conformità della normativa vigente inclusi Codice Med Tech, procedure di audit e regolamenti interni

Firma leggibile _____

Adempimenti richiesti dalla Struttura di appartenenza in caso di assegnazione

Dichiaro che restano a mio carico e responsabilità l'osservanza e gli adempimenti richiesti dalla mia struttura di appartenenza in materia di inviti a congresso in qualità di partecipante (ottenimento autorizzazione Ente).

Sono a mio carico



Viste le richieste del mio Ente, necessito di supporto da parte della Segreteria Organizzativa OIC per l'espletamento della procedura di autorizzazione alla partecipazione.

Necessito di supporto



DA INVIARE FIRMATO A

OIC SRL

E-mail: edusupportprotesica2019@oic.it

Fax: 055 5035248

OIC S.r.l.