



Associazione
Nazionale
Medici Cardiologi
Ospedalieri



Coni Servizi
Istituto di Medicina
e Scienza dello Sport

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

chiede di poter partecipare al

CORSO DI FORMAZIONE BLS-D PER OPERATORI SPORTIVI

DATI PERSONALI (compilare in STAMPATELLO)

Nato/a a il

Residente in Via/Piazza.....

CAP Città Prov.

Tel. Fax E-mail

Codice Fiscale o Partita IVA

ORGANIZZAZIONE DI APPARTENENZA

- medico dirigente allenatore / tecnico sportivo preparatore / trainer
 fisioterapista massaggiatore altro _____

DATA DI SVOLGIMENTO

Giovedì 22 giugno (scad. iscrizioni 20/06/2006)

Data

Firma

La presente scheda deve essere inviata via fax a CONI Servizi SpA al numero 06/3685.4172

Per informazioni: tel. 06/3685.4171 ; e-mail medicina@coni.it ; www.sportmedicina.com (area congressi)

Legge sulla privacy:

Ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo numero 196 del 30 giugno 2003, recante il nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali. Ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003, recante disposizioni sul nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali e amministrative, quindi strettamente connesse e strumentali all' attività statutaria. Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all' art. 7 del D.lgs. n. 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento).

Data _____ Firmare per esprimere il consenso _____

Nel caso in cui abbia espresso il consenso e fino alla revoca dello stesso, i Suoi dati personali saranno altresì trattati per le seguenti ulteriori finalità: a) elaborare studi e ricerche statistiche e di mercato; b) inviare, anche tramite posta elettronica, canali telefonici, materiale pubblicitario e informativo; c) compiere attività dirette ed indirette di vendita e di collocamento; d) effettuare comunicazioni commerciali interattive; e) effettuare rilevazioni del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi forniti (anche attraverso soggetti terzi). Lei potrà revocare il consenso fornito per tali finalità in qualsiasi momento scrivendo a gpc.marketing@coni.it. Il consenso per i trattamenti e le finalità di cui al presente punto non è obbligatorio; a seguito di un eventuale diniego Coni Servizi tratterà i Suoi dati per le sole finalità indicate al precedente punto.

Data _____ Firmare per esprimere il consenso _____

RISERVATO CONI SERVIZI SpA

La presente domanda è stata accolta da SCHEDA N° [_____]
Il quale ha provveduto ad analizzarne la completezza, i contenuti e la loro correttezza rispetto ai requisiti del bando ed a quanto allegato.

Firma