

**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://www.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](mailto:edusupportprotesica2019@oic.it)

Fax: 055 5001912

**OIC S.r.l.**