Scheda di registrazione Convegno

FIRST INTERNATIONAL MEETING ON CDKL5 RARE DISEASE

Bologna, Italy - April 27-29, 2012

Name/nome _____ Surname/Cognome _____

Address/Indirizzo _____ n° _____

City/Città _____ Prov. _____ CAP _____ Country/Paese _____

Tel: _____ - _____ Fax: _____ - _____

Mobile: _____ E-mail: _____

Kind of participant:
Tipo di partecipante:

- ☐ Teacher/Docente
- ☐ Researcher/Ricercatore
- ☐ Student/Studente
- ☐ Specialist/Addetto del settore
- ☐ Doctor/Dottore
- ☐ Association/Associazione
- ☐ Other (specify)/ Altro (specificare) _____

☐ Company/Azienda ☐ Pharma/Casa farmaceutica ☐ Institute/Istituto ☐ Agency/Ente
☐ Organization/Organizzazione ☐ Media/Media ☐ Clinic/Clinica
☐ Other(specify)/Altro (specificare) _____

Name/nome _____ Corporate name/Ragione sociale _____

Field/Settore _____

Address/Indirizzo _____ n° _____

City/Città _____ Prov. _____ CAP _____ Country/Paese _____

Tel: _____ - _____ Fax: _____ - _____

E-mail: _____ Web site/Sito internet _____

How did J know about this event:/Come sono venuto a conoscenza dell'evento:

☐ Stamp/Stampa ☐ TV ☐ Radio ☐ Internet ☐ Posting/Affissione
☐ Personal acquaintances/Conoscenze personali ☐ Other(specify)/Altro, specificare _____

Desideriamo informarLa che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, l'Organizzatore procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa in materia di tutela del trattamento dei dati personali. Il conferimento dei dati, nonché il consenso al trattamento sono obbligatori. Gli stessi dati potranno essere inviati anche agli sponsor dell'iniziativa, per l'eventuale invio di altri materiali di aggiornamento, di informazione e per indagini statistiche, sempre comunque correlati al convegno. Gli stessi dati potranno altresì essere utilizzati dall'organizzatore per l'eventuale invio di altri materiali di aggiornamento, di informazione e per indagini statistiche. In ogni caso i suoi dati, al di fuori delle ipotesi qui espressamente riportate, non saranno né diffusi, né trasferiti all'estero. Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto all'accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, rivolgendosi al responsabile del trattamento dei suoi dati. Titolare del trattamento è: CDKL5 Associazione di Volontariato Onlus - Via Albertazzi, 320 - 40024 Castel S. Pietro T. (Bo). Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei miei dati e firmando il presente modulo esprimo il consenso al loro trattamento.

Date/Data _____ Signature/Firma _____

Da restituire compilata a:

CDKL5 Associazione di Volontariato Onlus
Via Albertazzi, 320 - 40024 Castel S. Pietro T. (Bo)
Tel. 320 7272003

CDKL5 Associazione di volontariato onlus
Associazione per favorire la ricerca della cura sul cdkl5

International Foundation For CDKL5 RESEARCH FROM CAUSE TO CURE

VOLABO Centro Servizi per il Volontariato della provincia di Bologna