



CARCINOMA DELLA MAMMELLA MASCHILE

18 SETTEMBRE 2023

**POLICLINICO FOGGIA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIO
SALA MEETING BREAST UNIT**

ORARIO	RELAZIONI	RELATORI
08.00 – 10.00	CARCINOMA DELLA MAMMELLA MASCHILE	DR. VITULLI F.
10.00 – 11.00	CASI CLINICI	DR. VITULLI F.
11.00 – 12.00	DISCUSSIONE	DR. VITULLI F.
12.00 – 13.00	RELAZIONE CASI CLINICI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO	DR. DI MILLO M.

Responsabile Scientifico: Dott. Marcello Di Millo

Progetto formativo aziendale obbligatorio, accreditato per Medico Chirurgo, Farmacista, Biologo, Psicologo, Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Fisioterapista, Infermiere, Dietista, Ostetrica (20 partecipanti; 6,5 crediti formativi ECM).

Destinatari

Il Corso è rivolto al personale dedicato al PDTA del carcinoma mammario.

Per informazioni e iscrizioni: Struttura Formazione

Dott.ssa Michelina Crisetti, tel. 0881736259, mail: mcrisetti@ospedaliriunitifoggia.it



Struttura Formazione SCHEDA DI ISCRIZIONE PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE



Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Professione _____ Disciplina _____

Unità Operativa _____

Ente di appartenenza _____

Dipendente ☐ Convenzionato ☐

Codice fiscale _____

Indirizzo privato

Via/Piazza _____ N. _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Telefono _____ Cellulare _____

Posta elettronica _____

Progetto formativo al quale chiede di essere ammesso/a: **CARCINOMA DELLA MAMMELLA MASCHILE**

Sede: **Policlinico Foggia Ospedaliero - Universitario Sala Meeting Breast Unit**

Orario: **08.00 – 13.00**

Data: **18 SETTEMBRE 2023**

La frequenza del Corso è assolutamente compatibile con la garanzia di continuità operativa di tutte le attività clinico-assistenziali della U.O. e delle UU.OO. funzionalmente connesse.

Data _____ **Il Partecipante** **Il Coordinatore** **Il Direttore di Struttura**
(firma leggibile e timbro)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER REGISTRAZIONE EVENTI/CORSI

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali acquisiti attraverso questo modulo di registrazione saranno utilizzati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, esclusivamente per dare seguito alla Sua richiesta di registrazione all'evento/corso, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n.101/2018). E' possibile esercitare, in un qualsiasi momento, tutti i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ed in particolare opporsi al trattamento dei dati, inviando la richiesta al Responsabile per la protezione dei dati, utilizzando l'e-mail: lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" con sede in Foggia al Viale L. Pinto, 1, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti recapiti:

Telefono: 0881-732441 – e-mail: direzione generale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it.

Le informazioni dettagliate sul trattamento dei Suoi dati personali sono disponibili sul nostro sito web all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia.it>, nell'apposita sezione "Privacy".

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data _____

Firma _____