

**CAMPI ELETTROMAGNETICI IN AMBIENTE DI LAVORO:  
LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E L'IDONEITA' LAVORATIVA ANCHE DI  
PORTATORI DI DISPOSITIVI MEDICALI. ( DLgs159/16)**

**Scheda di Iscrizione al Seminario del 26/10/2018**

**Inviare la propria iscrizione entro ..... via e-mail a: [info@studiosmal.it](mailto:info@studiosmal.it)**

**Dati personali**

Cognome\*

---

Nome\*

---

Professione\*:

- Medico Competente
- R.S.P.P.
- Altro (specificare)

---

Indirizzo di recapito:

---

Cellulare\*

---

e-mail\*

---

Codice Fiscale\*

---

\*Campi obbligatori per l'iscrizione

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs, n. 196 del 30/06/2003 e Reg. U.E. 679/2016 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

-----

Data

-----

---