



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
di Latina



## **AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER CORSO HECM FAD "Inglese medico scientifico".**

Vista l'importanza e la necessità per la Nostra Professione di conoscere *l'Inglese medico scientifico*, siamo ad informarVi che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina, ha intenzione di stipulare in convenzione con **Izeos s.r.l.** un **Corso HECM Fad "Inglese medico scientifico"** da numero **crediti 30** fruibile sulla piattaforma **<https://www.hecm.it/>**.

Con questo corso:

- **imparerai la pronuncia contemporanea dell'inglese britannico** ed americano e i simboli dell'Alfabeto Fonetico Internazionale (IPA)
- **apprenderai i significati e l'uso di tantissimi termini ed espressioni propri del linguaggio medico-scientifico**
- **rivedrai ed approfondirai le regole di grammatica essenziali e più 'ostiche' dell'inglese parlato e scritto,**

**Il Corso verrà effettuato tramite 20 videolezioni, e-book e testo "Health care professionals speaking"** che verrà spedito gratuitamente.

**Il costo in convenzione sarà di €160,00** anziché € 200,00 **(N.B Potrai usufruire di un coupon di sconto di €40,00 pagato direttamente da questo Ordine al Provider Ecm).**

Si prega di inviare la scheda di seguito, al fine di manifestare il proprio interesse ad effettuare il **Corso HECM Fad "Inglese medico scientifico"**, poiché esso verrà attivato solo. al raggiungimento di numero 20 richieste ; solamente **in caso di attivazione** verrete avvisati e quindi contattati da questo Ordine al fine di poter procedere in autonomia ad acquistare il **Corso HECM Fad "Inglese medico scientifico"** , in **convenzione**, direttamente sulla piattaforma **[https://www.hecm.it](https://www.hecm.it/)** .



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
di Latina

## SCHEDA DI MANIFESTAZIONE INTERESE

**(N.B Da inviare unitamente alla DICHIARAZIONE DI CONSENSO (pag. 5) di seguito allegata a mezzo fax allo  
0773624633)**

**Codice  
Fiscale**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

Recapito telefonico .....

Indirizzo di residenza .....

Città, Provincia, Cap.....

Indirizzo e-mail .....

Professione/Disciplina .....

### **MANIFESTA**

**il proprio interesse ad effettuare il Corso HECM Fad "Inglese medico scientifico" al costo di €160,00 in convenzione con l'OPI di Latina**

**N.B Il presente modulo debitamente compilato e firmato esclusivamente al numero di fax 0773624633.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
di Latina

**OPI - Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Latina**

Informazioni da Fornire all'interessato  
Raccolta del consenso presso interessato

## **INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO**

### **DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO**

*(ex art. 13 GDPR 2016/679)*

**TRATTAMENTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE alla partecipazione del Corso HECM Fad  
"Inglese medico scientifico".**

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: Ordine delle Professioni Infermieristiche di Latina

Sede: Viale P.L. Nervi, 228, scala P- -04100 Latina -IT

Potrà inoltre rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati per avere informazioni e inoltrare richieste circa i suoi dati o per segnalare disservizi o qualsiasi problema eventualmente riscontrato.

Responsabile della Protezione dei Dati: **Bergamini Pietro**

Sede: Viale P.L. Nervi, 228, scala P- -04100 Latina -IT



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
di Latina

Contatti e recapiti:

Pec ed email	pietro.bergamini@pec.ipasvilatina.it; ragbergamini@gmail.com
--------------	--

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Manifestazione di interesse alla partecipazione del Corso <b>HECM Fad "Inglese medico scientifico"</b>	Nome, Cognome, indirizzo, indirizzo e-mail, recapiti telefonici	Norma Unione Europea (GDPR 2016/679)

I suoi dati saranno inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

#### Categorie di destinatari:

I dati non saranno comunicati a terzi

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: I dati saranno conservati fino al raggiungimento del numero massimo di partecipanti richiesto per il proseguimento del corso, dopo di che i dati in nostro possesso saranno cancellati.
- Ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento.
- Se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento.
- Ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali.

Il Titolare del Trattamento

**OPI di Latina**



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
di Latina

**OPI - Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Latina**

Informazioni da Fornire all'interessato

.....  
Raccolta del consenso presso interessato

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

**(N.B Da inviare unitamente alla SCHEDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE (PAG.2) a mezzo fax allo 0773624633).**

presto il mio consenso al conferimento dei miei dati personali (Nome, Cognome, indirizzo, indirizzo e-mail), all'OPI di Latina.

Dichiaro di essere a conoscenza che il diniego al consenso, comporterà l'impossibilità di trattare i miei dati e quindi l'impossibilità a ricevere qualsiasi tipo di servizio e/o comunicazione in merito alla partecipazione allo stesso Corso ECM.

**(N.B Barrare la crocetta di interesse e firmare nello spazio sottostante)**

Do il consenso

**FIRMA**

.....

Nego il consenso

**FIRMA**

.....