



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

<b>Professione*</b>			
<b>Area specialistica*</b>			
<b>Cognome*</b>			
<b>Nome*</b>			
<b>Indirizzo* (1)</b>			<b>n.</b>
	<b>CAP*</b>	<b>Città*</b>	
	<b>Provincia*</b>		
<b>Telefono*</b>			
<b>Cellulare</b>			
<b>Fax</b>			
<b>e-mail*</b>			
<b>Codice fiscale*</b>			
<b>Luogo di nascita*</b>			
<b>Data di nascita*</b>			
<b>Istituzione di appartenenza:</b>			
<b>Indirizzo (2)</b>			<b>n.</b>
	<b>CAP</b>	<b>Città</b>	
	<b>Provincia</b>		

- Desidero ricevere la corrispondenza e la certificazione dei crediti ECM presso:

Indirizzo (1);     Indirizzo (2)

- La partecipazione al congresso è gratuita. L'attribuzione dei crediti formativi è in via di definizione da parte del Ministero della Salute.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

ai sensi del DL.gs. n. 196/2003 - Testo Unico Privacy, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali sopra indicati ai fini dell'iscrizione.

Firma \_\_\_\_\_

\* Dati obbligatori poiché indispensabili per l'attribuzione dei crediti ECM. In mancanza di tali dati, per l'impossibilità di trasmissione al ministero della salute, i crediti ECM non potranno essere attribuiti.



Segreteria Organizzativa **Il Raggio Verde S.r.l.**

Fax +39.0832.314474 – cell. +39.339.4038939 – [convegni@lraggioverdesrl.it](mailto:convegni@lraggioverdesrl.it)