



SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

- 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