

SCHEDA DI REGISTRAZIONE

Evento gratuito con iscrizione obbligatoria ed a numero chiuso. Si prega di inviare la scheda di registrazione al seguente numero Fax. 045.2109966 o mail: congressi@soluzioniverona.it

Si prega di scrivere in stampatello. Le schede con dati mancanti non saranno prese in considerazione

COGNOME* NOME*
CODICE FISCALE *
COLLEGIO/ORDINE*
LUOGO DI NASCITA* DATA DI NASCITA*
INDIRIZZO PRIVATO *
CAP CITTÀ* PROV.
TEL. AB. CELL. * E-MAIL*

RUOLO:

Partecipante Docente Tutor Relatore Animatore di formazione Segr. Scientifica
PROFESSIONE..... DISCIPLINA
ORDINE/COLLEGIO PROF.LEPROVINCIA.....

PROFILO LAVORATIVO ATTUALE:

Dipendente del SSN Convenzionato del SSN
 Libero professionista in ambito sanitario Altro (specificare)
U.O./ SERVIZIO DI APPARTENENZA
ENTE DI APPARTENENZA (OSPEDALE/ ISTITUTO O ALTRO)
INDIRIZZO ENTE DI APPARTENENZA TEL ENTE APPARTENENZA.....
PROVINCIA IN CUI OPERA PREVALENTEMENTE

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

Data Firma