

Scheda di iscrizione ECM

**LA GONARTROSI:  
LINEE DI TRATTAMENTO E STRUMENTI A SUPPORTO  
DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO**

**Trieste – Savoia Excelsior – 18 Dicembre 2010**

<b>DATI IDENTIFICATIVI:</b>	
<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Codice Fiscale</b>	
<b>Data e Luogo di Nascita</b>	
<b>RESIDENZA:</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>CAP</b>	
<b>Città</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>DOMICILIO (se diverso dalla residenza):</b>	
<b>Indirizzo</b>	
<b>CAP</b>	
<b>Città</b>	
<b>Provincia</b>	
<b>DATI PROFESSIONALI:</b>	
<b>Professione ECM</b>	
<b>Disciplina ECM</b>	
<b>Qualifica in Azienda</b>	
<b>c/o Azienda / Ente</b>	
<b>RECAPITI:</b>	
<b>Telefono fisso - casa</b>	
<b>Telefono fisso - lavoro</b>	
<b>Numero cellulare</b>	
<b>Indirizzo e-mail</b>	

Nel rispetto della normativa sulla privacy, il suo nominativo sarà trasmesso alla Commissione Regionale per l'Educazione Continua come da espressa richiesta per l'accreditamento dell'evento.

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali secondo il dettaglio degli art.11,20,22,28 della L 675/96 relativamente a vostre future informazioni di carattere istituzionale e formativo.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si prega di compilare la presente scheda in ogni sua parte e di spedirla via fax. Le schede non compilate o compilate parzialmente non usufruiranno dei crediti formativi.