

MODULO D'ISCRIZIONE

Il presente modulo, **compilato in ogni sua parte**, va inviato a:
Segreteria Organizzativa - Mark it Group, Fax 06 3613250

II° CONGRESSO REGIONALE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE I° SIMPOSIO DELLA DIRIGENZA MEDICA TERRITORIALE ROMA 23-24 NOVEMBRE 2007



Educazione Continua in Medicina

è stato richiesto l'accreditamento dell'evento in base a tre percorsi formativi:
due avranno luogo nella giornata del 23 ed il terzo nella giornata del 24.

Con la presente sottoscrivo la mia adesione al Congresso, i miei dati sono:

Cognome Nome

Via n°

CAP Città

Cod. Fiscale P. Iva

Tel. Fax

Cellulare E-mail

Iscritto FIMMG Sezione Provinciale di: *NON iscritto FIMMG*

ATTIVITA' SVOLTA (barrare le voci interessate)

Medico di Continuità Assistenziale *Medico di Medicina dei Servizi*

Medico di Assistenza Primaria *Altro:*

Data Firma

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in merito al trattamento dei dati sopra indicati, e per le sole finalità di: gestione delle pratiche di iscrizione all'evento di cui sopra e la comunicazione dei dati alla Commissione ECM del Ministero della Salute Dò il consenso Nego il consenso (in questa caso non è possibile richiedere i crediti ecm)

Firma