

Clinical and Experimental
RHEUMATOLOGY
Via Santa Maria 31, 56126 Pisa, Italy

TITOLO EVENTO: X Incontro dell'Associazione Alessandro Lupoli

2004-2014: malattie rare, cosa è cambiato?

SEDE E DATA DI SVOLGIMENTO: Buti (PI), Teatro F. Di Bartolo, 24 maggio 2014

RUOLO Partecipante Docente

ATTIVITA' Libero Professionista Dipendente Convenzionato
 Privo di occupazione

PROFESSIONE Medico Chirurgo Altro (indicare la Professione) _____
 Altre professioni non soggette a crediti _____

DATI PERSONALI

Si prega di compilare in stampatello

ATTENZIONE TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

Disciplina in cui il professionista opera _____

COGNOME _____ NOME _____

Indirizzo di residenza Via / Piazza _____ n° _____

Comune di _____ Cap _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____ Cellulare _____

Email _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / _____

N° iscrizione all'Albo di appartenenza _____

Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 acconsento all'acquisizione e trattamento dei miei dati personali per le finalità di gestione dell'evento formativo ECM e per la ricezione di future comunicazioni promozionali in merito all'attività formativa.

Luogo di svolgimento evento: _____ Data: _____ Firma _____