

**TITOLO EVENTO: IX Incontro dell'Associazione Alessandro Lupoli-Le malattie autoimmuni rare, un esempio di complessità in medicina: il reumatologo e il medico di medicina generale insieme nella gestione della terapia**

**SEDE E DATA DI SVOLGIMENTO: Buti (PI), Teatro F. Di Bartolo, 11 maggio 2013**

**RUOLO**  Partecipante  Docente

**ATTIVITA'**  Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

**PROFESSIONE**  Medico Chirurgo  Altro (indicare la Professione) \_\_\_\_\_

Altre professioni non soggette a crediti \_\_\_\_\_

**AZIENDA SPONSOR**  \_\_\_\_\_  
Indicare solo se invitato da parte di azienda sponsor

**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** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ASL di appartenenza** \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Cap** \_\_\_\_\_ **Località** \_\_\_\_\_

**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** \_\_\_\_\_