Clinical and Experimental **RHEUMATOLOGY** *Provider accreditato presso la Commissione Nazionale* ***ECM - ID 1709***	**SCHEDA ANAGRAFICA**
TITOLO EVENTO: LET'S MOVE ON TO AXIAL SPA	
SEDE E DATA DI SVOLGIMENTO: PISA 19 SETTEMBRE 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

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** _____

Iscritto all'Ordine dei _____**Città** _____ **al n°** _____

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto DICHIARA di avere seguito le attività dell'evento. Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R n° 445 28.12.2000.

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_____