

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

TITOLO EVENTO: L'ECOGRAFIA IN REUMATOLOGIA

SEDE E DATA DI SVOLGIMENTO: Pisa, AC HOTEL 17-19 SETTEMBRE 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 \_\_\_\_\_

Se RECLUTATO DALLO SPONSOR INDICARE DITTA SPONSOR \_\_\_\_\_

RICHIEDE CREDITI ECM SI  NO

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 \_\_\_\_\_