SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviare
entro il 1 Marzo 2018
alla Segreteria Organizzativa:
Kassiopea Group Srl, via Stamira 10 – 09134 Cagliari
fax 070 656263 - e-mail: barbarapanico@kassiopeagroup.com

Tutti i campi sono obbligatori

*Ruolo _____

□ Libero Professionista □ Dipendente □ Convenzionato

(indicare quale attività si svolge – obbligatorio ai fini ECM)

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Luogo e data di nascita_____

**Disciplina_____ Dipartimento_____

Istituto_____

Indirizzo lavoro:

Via _____ n° _____

CAP_____Città_____

Tel._____ Cell. _____FAX_____

Indirizzo privato:

Via _____ n° _____CAP_____Città_____

E-mail_____

* Ruolo: P=Partecipante ECM

** Disciplina: Specificare Specializzazione già conseguita.

La Segreteria Organizzativa comunicherà la conferma dell'avvenuta iscrizione entro il 12 Marzo 2018

Legge 196/2003 sulla Privacy
Il sottoscritto _____ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla privacy

Data_____***Firma***_____