

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa via fax al n.0522-295829 oppure per posta elettronica a benedetta.ricci@asmn.re.it

CORSI AVANZATI DI ECOGRAFIA TIROIDEA E PARATIROIDEA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA 2010

15-18 febbraio 22-25 marzo 7-10 giugno 4-7 ottobre 29 nov-2 dicembre (evidenziare il periodo prescelto)

Cognome e nome _____

Azienda/Ente/Istituto _____

Via _____ n _____

Città _____ Provincia _____

Tel _____ Fax _____ E-mail _____

Abitazione via _____ Città _____ Provincia _____

Tel _____

Qualifica (barrare la casella appropriata)

- Ospedaliero
- specialista ambulatoriale
- Universitario
- libero professionista

Specializzazione/i _____

Esperienza in ecografia tiroidea (barrare la casella appropriata):

- non ho mai eseguito ecografia
- eseguo ecografia ma non tiroidea
- eseguo ecografia tiroidea occasionalmente
- eseguo ecografia tiroidea abitualmente

Ente o persona fisica a cui intestare la fattura _____

Indirizzo _____

Partita IVA/codice fiscale _____

Firma _____

N.B. Il corso è a numero chiuso. Saranno ammesse le domande in ordine di arrivo alla Segreteria Organizzativa.

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).

I dati personali verranno trattati anche in modo elettronico ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente corso e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM).

L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs 196/2003.