

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

### CORSO DI ECOGRAFIA TIROIDEA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA

**27 - 29 ottobre 2010**  
**Reggio Emilia, aula 1 formazione**  
**piano -1, Arcispedale S. Maria Nuova**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Azienda/Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Abitazione: via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Qualifica (barrare la casella appropriata e completare)

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.