

LA GESTIONE DEL DOLORE LOMBO-SACRALE POST CHIRURGIA VERTEBRALE

CATANIA 3 - 4 APRILE 2020

Scheda dati partecipante da compilare e consegnare alla Segreteria

DATI PERSONALI (DA COMPILARE IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE IN STAMPATELLO)

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CAP - CITTA' _____

CODICE FISCALE _____

E-MAIL _____

TEL. / CELL. / FAX _____

INDIRIZZO PRIVATO _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

CITTA' ISCRIZ. ORDINE DEI MEDICI _____

ISTITUZIONE DI APPARTENENZA

DIPENDENTE CONVENZIONATO LIBERO PROFESSIONISTA

RUOLO (Es.: Dirigente Medico I° liv.; Assistente Sanitario;) _____

INDIRIZZO _____

TEL. / FAX _____

Le Informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medica), a norma della legge L 165/2003 a tutela della privacy.
Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

Data.....

Firma