



Da inviare via email [congressi@cfssicilia.it](mailto:congressi@cfssicilia.it)

## SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

<b>Occlusione e funzione masticatoria: conoscenze imprescindibili per un corretto sviluppo e funzionamento dell'apparato stomatognatico</b>
COGNOME
NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE
INDIRIZZO
CAP- CITTA'
RECAPITO TEL.
AZIENDA DI APPARTENENZA
SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA
QUALIFICA
SPECIALIZZAZIONE
DIPENDENTE <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO <input type="checkbox"/>
E-MAIL
NUMERO ISCRIZ. ALBO/COLLEGIO/ ASS.
<b><u>L'iscrizione verrà tassativamente confermata a ricezione della ricevuta di pagamento della quota di partecipazione a mezzo bonifico su conto intestato a: Centro Formazione Sanitaria Sicilia Banca Credit Agricole Italia Iban:IT30P0623004609000015298605</u></b>
"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03" al solo scopo organizzativo e promozionale dell'attività formativa

FIRMA \_\_\_\_\_