



Da inviare via email congressi@cfssicilia.it

SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

LA SEMEIOLOGIA CLINICA E VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DEI TRAUMATISMI DELLA CAVIGLIA

Villa Magnisi, 7 Ottobre 2017

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

CAP- CITTA'

RECAPITO TEL.

AZIENDA DI APPARTENENZA

SETTORE/SERVIZIO DI APPARTENENZA

QUALIFICA

SPECIALIZZAZIONE

DIPENDENTE ☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐

CONVENZIONATO ☐

E-MAIL

NUMERO ISCRIZ. ALBO/COLLEGIO/ ASS.

AUTORIZZO AI SENSI DEL D.L. 196/2003 AL TRATTAMENTO DEI DATI AL SOLO SCOPO ORGANIZZATIVO E PROMOZIONALE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA.

IN QUALSIASI MOMENTO POTRO' CHIEDERE LA CANCELLAZIONE, VARIAZIONE E VISIONE DEI MIEI DATI.

FIRMA _____