

Da inviare al num. fax 095 7461360

Cognome** _____

Nome** _____

Luogo e data di nascita** _____

Indirizzo** _____

Città** _____

Prov. _____ CAP _____

Telefono** _____

E-mail** _____

Cod.Fiscale** _____

Professione** _____

Dipendente** Convenzionato** L. Professionista**

IL SOTTOSCRITTO

Autocertifica di essere in possesso del titolo di studio abilitante
la professione di _____

E CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO E PARTECIPARE

Al corso "La rete Reumatologica regionale"

- Ed. 1 Scicli, 3 maggio 2014
 Ed. 2 Ragusa, 24 maggio 2014
 Ed. 3 Vittoria, 7 giugno 2014

Data _____ Firma _____

Desidero ricevere INFO sui prossimi eventi SI NO

Autorizzo la Segreteria organizzativa AV eventi e formazione
sas al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Decreto
Legislativo del 30/06/2003 N°196 (codice in materia del tratta-
mento dei dati personali).

Data _____ Firma _____

****Dati obbligatori per l'ottenimento dei crediti formativi ECM**