|  |
| --- |
| **Scheda di iscrizione evento ECM** ADVANCES IN REGIONAL ANESTHESIA 2024**Evento 403979 Ed. 1 - Id Provider 4795 – Roma 23 – 24 febbraio 2024** |

**(Compilare in stampatello. Tutti i campi sono obbligatori)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | Cognome: |
| Data di nascita: | Comune di nascita: |
| P.IVA  | CODICE UNIVOCO  |
| Codice Fiscale: |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Recapito :**

|  |  |
| --- | --- |
| Via/Piazza: | n°: |
| CAP: | Comune: | Prov.: |
| Telefono: | E-mail: |
| Cellulare: |  |

**Indicare se:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Libero professionista  | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Dipendente | http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Convenzionato |

**Professione e Specializzazione**

|  |
| --- |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gif Medico chirurgo |
| http://fimmgest.fimmg.org/online/img/check.gifAnestesia e rianimazione |

 **Privacy**

|  |
| --- |
| I dati raccolti verranno conservati e tutelati elettronicamente, in forma strettamente riservata, in osservanza del D.Lgs. 196/03. Gli stessi potranno essere, su richiesta dell'interessato, modificati o cancellati in qualsiasi momento. In particolare, tali dati potranno essere inviati al Ministero della Salute, per i fini afferenti alle iniziative di Didactika S.r.l., nell'ambito del programma Educazione Continua in Medicina.  |
| Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |