

**1° Forum Regionale sui Disturbi
Alimentari**
“MI PRENDO CURA DI TE”

VICENZA

Palazzo delle Opere Sociali
Piazza Duomo

2 aprile 2016

Inviare al fax 0444 515824 o alla mail: studiosaccardo@alice.it

SCHEDA ISCRIZIONE
(per accreditamento ECM)

Categoria di appartenenza

	Professione	Disciplina
<input type="checkbox"/>	Medico Chirurgo (Diabetologia, Endocrinologia, Geriatria, Medicina generale (medici di famiglia), Medicina interna, Neuropsichiatria infantile, Pediatria, Psichiatria)	
<input type="checkbox"/>	Educatore professionale	
<input type="checkbox"/>	Dietista	
<input type="checkbox"/>	infermiere	
<input type="checkbox"/>	Infermiere pediatrico	
<input type="checkbox"/>	Psicologo	
<input type="checkbox"/>	Tecnico riabilitazione psichiatrica	

CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	prov	<input type="text"/>	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cognome e nome		<input type="text"/>																					
Indirizzo		<input type="text"/>																					
Cap	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	prov	<input type="text"/>		
Cell.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
E-mail (obbligatorio per la conferma dell'iscrizione)		<input type="text"/>																					
Ente appartenenza		<input type="text"/>																					
Collegio/Ordine e provincia		<input type="text"/>																					

Luogo e data	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) Il titolare e responsabile del trattamento è: Effe Emme sas, Viale Trieste, 29 - 36100 Vicenza. Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 Lei ha il diritto all'accesso, aggiornamento, cancellazione, opposizione al trattamento, rivolgendosi al titolare o al responsabile del trattamento dei suoi dati.

Firma _____