

**Modulo di iscrizione da inviare al fax n° 081 59 03 718**

***“Il Patologo nel Percorso Rosa in Oncologia”***

**GRAND HOTEL SANTA LUCIA - Napoli      7/8 giugno 2018**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ allega alla presente domanda, copia

del bonifico bancario di € ----- intestato a:

**CONCREARE SRLS Banco di Napoli - Castellammare di Stabia (NA)**

**IBAN: IT 85 S010 1022 1011 0000 0009 991**

**I seguenti campi vanno compilati in modo ben leggibile, in quanto necessari all’ottenimento dei Crediti Formativi. I formulari poco leggibili o contenenti dati incompleti non verranno considerati e di conseguenza si declina ogni responsabilità per la mancata assegnazione dei crediti.**

Partecipante       Docente

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data di nascita 



 / 



 /

Codice fiscale

Via\P.zza 



 n°

Città 



 Provincia

C.A.P. 



 Tel.\Cell. 



 /

E-mail (stampatello)

Professione 

|  |
|--|
| Medico chirurgo (indicare disciplina)      |
| Biologo                                    |
| Farmacista                                 |
| Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico |
| Tecnico Sanitario di Radiologia Medica     |

disciplina

Indicare con una X se:    Libero professionista        Dipendente        Convenzionato   

**Sponsor:**

In caso di reclutamento diretto da parte di uno Sponsor indicare la denominazione dell’Azienda Sponsor (si ricorda che deve essere consegnata alla segreteria una copia dell’invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l’invito con firma autografa e leggibile unitamente ai propri dati anagrafici)

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ;

**Autorizzo il trattamento dei dati in base al DLGS 196/03. I dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l’inserimento nel sistema di educazione continua in medicina. Il rifiuto al trattamento dei dati non permette l’attribuzione dei crediti.**

Data .....

Firma .....