



COGNOME E NOME IN STAMPATELLO

Evento Formativo

**L'Artrosi Osteo-Articolare :
Aspetti Clinico - Terapeutici e Riabilitativi**

Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia

San Giovanni Rotondo

19-20 novembre 2007

(N.B. Si invita alla compilazione chiara e corretta di tutti i dati personali, pena la non attribuzione dei crediti)

Il/la Sottoscritto/a _____

Medico chirurgo specialista in _____

Infermiere

Fisioterapista

nato/a a _____ (Prov. _____)

il _____ ,

cod.fiscale n.

residente a _____ Prov. _____ CAP _____

via _____

telefono _____ indirizzo e-mail _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi della Legge 196/03, autorizza l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" al trattamento dei dati personali per le finalità previste dalla normativa in tema di ECM, in particolare per la costituzione dell'Anagrafe della formazione e per la trasmissione dei dati dei partecipanti e dei docenti al Ministero della Salute.

FIRMA

San Giovanni Rotondo, _____
