



**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
I.R.C.C.S.
Ufficio Formazione**



REGIONE DEL VENETO

SCHEDA DI ISCRIZIONE ECM

Mod1-P_Convegni

ORGANIZZATORE: ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO I.R.C.C.S. PADOVA

Titolo: CANCRO E FAMIGLIA: RELAZIONI TRA PAROLE E SILENZI

VEN-FOR50436 - PADOVA 4 OTTOBRE 2012

	SPAZIO PER LA COMPILAZIONE (SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE)
COGNOME NOME	
COMUNE DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA o DOMICILIO	
CAP	
COMUNE	
CODICE FISCALE	
RECAPITO TELEFONICO E FAX	
STRUTTURA DI APPARTENENZA	
UNITA' OPERATIVA DI APPARTENENZA	
AUTORIZZAZIONE ALLA NEWSLETTER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	
PROFESSIONE	
DISCIPLINA DI SPECIALIZZAZIONE (dato obbligatorio solo per MEDICI, BIOLOGI E FARMACISTI)	
SPECIALIZZANDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' ISCRITTO A ORDINE, COLLEGIO O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ORDINE, COLLEGIO E ASSOCIAZIONE DI RIFERIMENTO	
PROVINCIA O REGIONE DI ORDINE, COLLEGIO E ASSOCIAZIONE	
PROVINCIA IN CUI SI OPERA	
PROFILO LAVORATIVO	<input type="checkbox"/> Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale; <input type="checkbox"/> Convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale; <input type="checkbox"/> Libero professionista in ambito sanitario; <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____

PRIVACY – INFORMATIVA D.LGS 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
 AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 LE INFORMAZIONI FORNITE VERRANNO TRATTATE PER FINALITA' DI GESTIONE AMMINISTRATIVA DEL CORSO
 (TRASMISSIONE REPORT MINISTERO DELLA SALUTE E.C.M.).

DATA _____

Da restituire compilata al seguente indirizzo e-mail: formazione@ioveneto.it o via fax al n. 049.8215961