intestazione

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Da inviare via mail o fax a: ct.congressi&eventi – dott.ssa Claudia Tizzano

Tel/fax 0812298426. E-mail: [claudiatizzano@ctcongressieventi.com](mailto:claudiatizzano@ctcongressieventi.com)

**EVENTO: “RELIVE HIP SURGERY DAY"**

**LUOGO:** Napoli, Centro Congressi Federico II - via Partenope

**DATA:** 28 Aprile 2017

COGNOME ………………………………………………………………………… NOME ………………………………………………………………………………..……

NATO/A A: ……… …………………………………………………… IL: …………………………………………………………………………………………………………….

CODICE FISCALE: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

CITTA’ ………………………………….……………………… EMAIL …………………………………………………….……………………………………………………….

TELEFONO ……………………..……………………………. CELL:………………………………...................................................................................

LIBERO PROFESSIONISTA **□** DIPENDENTE **□** CONVENZIONATO **□**

ISTITUTO/OSPEDALE …………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………

**Specificare categoria e disciplina:**

**□ MEDICO CHIRURGO □FISIOTERAPISTA □TECNICO ORTOPEDICO**

**□** Geriatria

**□** Ortopedia e Traumatologia

**□** Medicina Fisica e Riabilitativa

**□** Reumatologia

**□ SPECIALIZZANDO/UDITORE (NO ECM)**

**ORDINE/ALBO/ASSOCIAZIONE……………………………………………………………………………………………….NR. ISCRIZIONE……..…………………**

**ISCRIZIONE:** Il corso è a numero chiuso, massimo 150 partecipanti. L’iscrizione è gratuita ma obbligatoria. E’ indispensabile chiedere conferma alla segreteria organizzativa in merito ai posti ancora disponibili.

**Autorizzazione trattamento dei dati personali**

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di Segreteria relative all’iscrizione al Corso, e per l’erogazione dei servizi commessi (crediti ECM). L’autorizzazione al trattamento dei vostri dati è obbligatoria. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall’Art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003.

DATA FIRMA