



CORSO DI ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA DEL FEGATO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa all'indirizzo dlanzo@mauriziano.it

Entro il 1 Marzo 2017

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____ C. Fiscale _____
Indirizzo di Residenza _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Telefono Privato _____ Telefono Ospedale _____
E-mail _____ Cell _____
Disciplina _____ Qualifica _____
Specificare se: Dipendente Libero Professionista
Numero Iscrizione Ordine / Collegio / Associazione Professionale _____
Ospedale / ASL / Istituto di appartenenza _____
Autorizzazione da parte dell'Ente di appartenenza a partecipare (ove necessario): SI NO
Indirizzo Ist./Osp. _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Reclutamento tramite Sponsor: SI NO

DATI FISCALI (di chi provvederà al pagamento della quota di iscrizione)

Intestazione _____
Indirizzo _____
C. Fiscale e/o P. IVA _____

Il sottoscritto dichiara di

- essere laureato in medicina
- essere provvisto di polizza assicurativa
- essere socio A.C.O.I. **SI** **NO**
- allegare curriculum studiorum aggiornato

Autorizzando al trattamento ai dati personali secondo quanto previsto dalla d.l.g 196

Data _____

Firma _____

Direttore della Scuola
Alessandro Ferrero
Segreteria Scientifica
Nadia Russolillo
Segreteria Organizzativa
Daniela Lanzo