

**Centro Multispecialistico di Chirurgia Robotica**  
**Dir. Dr.ssa Franca Melfi**  
*Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana*  
OSPEDALE "NUOVO SANTA CHIARA" CISANELLO – PISA  
PADIGLIONE 30/A

**SCUOLA ACOI CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA E ROBOTICA**  
**16-17 MAGGIO 2017**

**SCHEMA DI ISCRIZIONE**

Qualifica \_\_\_\_\_ Specializzazione(\*) \_\_\_\_\_

Cognome (\*) \_\_\_\_\_ Nome (\*) \_\_\_\_\_

Indirizzo Privato (\*) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI E PROVINCIA N° (\*) \_\_\_\_\_ Socio ACOI:  SI  NO

Cap (\*) \_\_\_\_\_ tel (\*) \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

data di nascita (gg/mm/aaaa) (\*) \_\_\_\_\_ Luogo Nascita (\*) \_\_\_\_\_

Codice fiscale(\*) \_\_\_\_\_

Ospedale/Università/Azienda/Ente \_\_\_\_\_

Reparto (\*) \_\_\_\_\_ disciplina (\*) \_\_\_\_\_

Indirizzo lavoro \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cap (\*) \_\_\_\_\_ tel (\*) \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

I dati segnalati dall'asterisco (\*) devono essere obbligatoriamente compilati ai fini dell'attribuzione ECM.

**INVIARE SCHEMA ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA VIA EMAIL A: [info@askservice.it](mailto:info@askservice.it) -  
fax 0585-917456**

Con riferimento alla legge sulla privacy si autorizza l'organizzazione al trattamento dei dati per finalità strettamente funzionali alla gestione del rapporto e per accreditamento ECM

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_