

**PRESENTE E FUTURO DELL'ELISOCORSO
9 – 10 SETTEMBRE 2011**

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____

Nome _____

Qualifica _____

Specializzazione _____

Reparto _____

Ospedale _____

Città _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____

DATI NECESSARI ECM

Su precisa esigenza del Min.Sal. si richiede la massima
precisione nella compilazione

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo ab. _____

Cod. Fiscale _____

Città _____ CAP _____

Tel _____ Cell _____

email _____

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del
D.lgs. n. 196/03

Firma _____ data _____

Si prega di inviare la scheda al numero di fax 0881.778931