

MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO

“SEDAZIONE E ANALGESIA IN URGENZA”

18 MARZO 2013

CAGLIARI

Compilare il presente modulo in stampatello ed inviarlo via fax al n **02- 89959799** oppure via email a:

corsi.simeu-aha@simeu.it

MEDICO

INFERMIERE

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

TEL _____ CELL _____

EMAIL _____

AZIENDA OSPEDALIERA _____

CITTA' _____ PROV _____

REPARTO _____

La Legge n. 675 del 31.12.96 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda.

L'iscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le attività della SIMEU in accordo con le finalità statutarie

DATA _____

FIRMA _____