



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI GRUPPI DI STUDIO
DELLA RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**

Anno 2016

Il/la sottoscritto/a,

Nome e Cognome _____

Azienda di appartenenza _____

Specialità _____

Componente del/i GIC Aziendale/i per la/le seguenti patologie:

E-mail _____

Tel _____

Fax _____

- Richiede di partecipare agli incontri del/i seguente/i Gruppo/i di studio: **(i crediti ECM verranno assegnati per un massimo di due scelte)**

- Tumori del colon-retto
- Tumori cutanei
- Tumori dell'esofago
- Tumori del fegato
- Tumori ginecologici
- Tumori della mammella
- Oncogeriatría
- Osteoncologia
- Cure palliative
- Tumori del pancreas e delle vie biliari
- Tumori rari e sarcomi
- Tumori del sistema nervoso
- Tumori dello stomaco
- Tumori testa-collo
- Tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine
- Tumori toraco-polmonari
- Tumori urologici

- Tumori HPV correlati
- Valutazione cardiovascolare in pazienti con tumore
- Terapie di supporto
- Rapporti tra Farmacie ed Oncoematologie
- Mieloma multiplo
- Linfoma
- Infermieristico

- Si richiede l'inserimento:

- con ECM (con l'obbligo di frequenza all'80% degli incontri)
- senza ECM

Le domande di iscrizione debitamente compilate dovranno essere inoltrate alla Rete Oncologica all'attenzione della dr.ssa Monica Viale all'indirizzo e-mail mviale@reteoncologica.it o tramite fax al n° 011/6336889

Data ___/___/___

Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/03, autorizza il Dipartimento Funzionale Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso e per l'invio di materiale informativo relativo a iniziative di formazione e/o pubblicizzazione del Dipartimento stesso.

Data ___/___/___

Firma _____