

SCHEDA D'ISCRIZIONE

FOCUS ON: CARCINOMA A CELLULE DI MERKEL

TORINO 17/11/2017

Cognome e Nome: _____
(indicare eventuale secondo nome)

Codice Fiscale: _____

Luogo di Nascita (comune o stato estero) _____ Prov: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Sesso: M F

Professione: Medico Chirurgo Specializzato in _____

N° Iscrizione Ordine: _____

Libero professionista Dipendente Convenzionato

Indirizzo Professionale: Osp./Ente/Studio _____

Comune: _____ Prov: _____ C.A.P.: _____

Indirizzo: _____ N Civico _____

Recapito telefonico: _____ E-mail: _____

Comune di residenza: _____ Prov: _____ C.A.P.: _____

Indirizzo: _____ N Civico _____

Recapito telefonico: _____ E-mail: _____

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.vo 30.06.2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data: _____

Firma _____