

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa via fax al n.0522-295829 oppure per posta elettronica a sara.lenzi@asmn.re.it

SCUOLA AVANZATA SIUMB CORSO DI ECOGRAFIA TIROIDEA

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Azienda/Ente/Istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Abitazione \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Qualifica (barrare dove appropriato)

Ospedaliero

Specialista ambulatoriale

Universitario

Libero professionista

Specializzazione/i \_\_\_\_\_

Esperienza in ecografia tiroidea (barrare dove appropriato)

non ho mai eseguito ecografia

eseguo ecografia ma non tiroidea

eseguo ecografia tiroidea occasionalmente

eseguo ecografia tiroidea abitualmente

**Ente o persona fisica a cui intestare la fattura** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Partita IVA/codice fiscale** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B. Il corso è a numero chiuso. Saranno ammesse le domande in ordine di arrivo alla Segreteria Organizzativa.

### **Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - PRIVACY).**

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al presente corso e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM). L'autorizzazione al trattamento dei Vostri dati è obbligatoria e in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs 196/2003.