

SCHEDA DI REGISTRAZIONE

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E LE MALATTIE RARE. FOCUS SU MALATTIA DI FABRY, GAUCHER E POMPE

15 dicembre 2018

SEDE PROVINCIALE FIMMG BOLOGNA

Evento accreditato per: Medico di medicina generale e Continuità assistenziale

Crediti 8,4

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Nome: | | Cognome: | |
| Data di nascita: | | Comune o Stato estero di nascita: | |
| Codice Fiscale: campo obbligatorio | | | |
| Numero iscrizione Ordine/Collegio/ASS. prof.li campo obbligatorio | | | |

Recapito: *campo obbligatorio*

| | | | |
|--------------|---------|--------------|--------|
| Via/Piazza: | | | n°: |
| CAP: | Comune: | | Prov.: |
| Telefono: | | Fax: | |
| Cellulare 1: | | Cellulare 2: | |
| Email 1: | | Email 2: | |

Indicare se: *campo obbligatorio*

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente | <input type="checkbox"/> Convenzionato |
|---|--|---|

Professione: *campo obbligatorio*

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medico Chirurgo | <input type="checkbox"/> Farmacista | <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

Disciplina: *campo obbligatorio*

| | | |
|--|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Medico di medicina generale | <input type="checkbox"/> Farmacia ospedaliera | Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale | <input type="checkbox"/> Farmacia territoriale | |
| <input type="checkbox"/> Pediatra | | |

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in merito al trattamento dei dati sopra indicati, per la sola finalità di:

- gestione delle pratiche di iscrizione dell'evento di cui sopra;

usufruire dei servizi offerti online dalla FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Si prega di compilare la scheda ed inviarla via mail a fimmgbo@libero.it o via fax 051.0568949

DATA _____

FIRMA _____