

# Malattie Rare in Neurologia

Cagliari, 21 aprile 2018

Aula Cicu - Ospedale Brotzu

Responsabili Scientifici: Dott. Maurizio Melis – Dott. Giovanni Cossu



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da restituire debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa entro il 16/04/2018

SARDINIAMEETING Srl - Viale La Playa, 7 - 09123 Cagliari

Fax 070 6406641 - Tel. 070 664334 - [info@sardiniameeting.it](mailto:info@sardiniameeting.it)

**N.B. Tutti i campi sono obbligatori per il conseguimento dei crediti ECM**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

<u>NOME</u>	<u>COGNOME</u>																			
<u>LUOGO E DATA DI NASCITA</u>																				
<u>CODICE FISCALE</u>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																			
<u>INDIRIZZO</u>																				
<u>CITTA'</u>	<u>CAP</u>	<u>PROV.</u>																		
<u>TEL. ABITAZIONE</u>	<u>CELLULARE</u>																			
<u>EMAIL</u>																				
<u>PROFESSIONE</u>	<u>SPECIALIZZAZIONE</u>	<input type="checkbox"/> Specializzando																		
<u>ISTITUTO/ENTE</u>	<u>REPARTO</u>																			
<u>INDIRIZZO ISTITUTO</u>	<u>TEL.</u>																			
<b><u>Barrare la casella di pertinenza:</u></b>																				
<input type="checkbox"/> DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> CONVENZIONATO	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA																		
		<input type="checkbox"/> PRIVO DI OCCUPAZIONE																		

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi della legge 196/2003

Data.....

Firma:.....