

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

### Convegno multidisciplinare LA MEDICINA DEL SONNO INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA

Destinatari del corso:

Medici chirurghi, MMG, ORL, Odontostomatologi, Infermieri Professionali, Audiometristi, Logopedisti

(il corso è GRATUITO e in accreditamento E.C.M. per i primi novantanove partecipanti)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_

Specializzazioni \_\_\_\_\_ Titoli \_\_\_\_\_

Sede Studio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Desidero iscrivermi al convegno multidisciplinare "LA MEDICINA DEL SONNO INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA " tenuto presso villa Widmann - Foscari via Nazionale 420 Mira Venezia

### 14 Novembre 2009

Io sottoscritto autorizzo l'uso dei miei dati per la spedizione di pubblicazioni tecniche e scientifiche e l'invio di mailing ai sensi dell'art. 13 della legge 675/96 sul trattamento dei dati personali.

Barrare la casella solo se non si intende dare il consenso dei propri dati.

timbro e firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_