

# XVI CONGRESSO

## SEZIONE CAMPANO SICILIANA

### SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

Avellino, 4-6 maggio 2017

#### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare a [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it) – fax 080/5043736

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

MEDICO SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

INFERMIERE

REPARTO \_\_\_\_\_

ASL/OSPEDALE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E.MAIL \_\_\_\_\_

PARTECIPAZIONE ALLA CENA SOCIALE (RISERVATA AI SOCI SIN)  SI  NO

#### DATI NECESSARI PER ECM

##### INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO ABITAZIONE \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ' \_\_\_\_\_

#### GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

Firma.....

Data.....