

# PUGLIAFLU 2019

BARI, 26 OTTOBRE 2019

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

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

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

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

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

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

## 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.....