

**I PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI  
PER IL PIANO NAZIONALE DI ERADICAZIONE DI HCV  
NOICATTARO, 1 DICEMBRE 2018**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Da inviare a [info@cicsud.it](mailto:info@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.....