**STILI DI VITA, ALIMENTAZIONE E ATTIVITA’ FISICA PER UNA STRATEGIA ANTICANCRO**

**Dicembre 2018 – Febbraio 2019**

**ORDINE dei MEDICI Via Capruzzi, 184 BARI**

Si prega di compilare in modo leggibile ed in ogni sua parte

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| COGNOME: |   |   | NOME: |   |   |   |
| NATO A |   |   | IL |   |   |   |
| INDIRIZZO ABITAZIONE: |   |   |   |   | N. CIVICO: |   |
| CAP: |   | CITTA': |   |   | PROVINCIA: |   |
| E-MAIL: |   |   | CELL.: |   |   |   |
| DISCIPLINA DI RIFERIMENTO: | □ MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ MEDICO di MEDICINA GENERALE □ MEDICO in FORMAZIONE SPECIALISTICA□ TECNICO Della PREVENZIONE □ LAUREA IN SCIENZE MOTORIE □ BIOLOGO □ LAUREA IN SCIENZE e TECNOLOGIE ALIMENTARI□ SCIENZE GASTRONOMICHE  |
| QUALIFICA PROFESSIONALE: | □ DIPENDENTE □ LIBERO PROFESSIONISTA  |   |   |
| □ CONVENZIONATO C/O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ PRIVO DI OCCUPAZIONE |   |
|  |   |  |  |   |   |   |

***Autorizzo il trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003***

*Firma*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*