

U.O.C. FORMAZIONE ASL ROMA 1

SCHEDA ISCRIZIONE

NB: Compilare in stampatello o al computer. Tutti i campi sono obbligatori

Titolo Evento E.C.M.	“L’anafilassi nella pratica quotidiana” I Servizi di Allergologia nella Regione Lazio

Sede e data dell’evento	SALA TEATRO OSPEDALE SANTO SPIRITO IN SAXIA BORGO SANTO SPIRITO 3
26 SETTEMBRE 2017	

Nome					
Cognome					
Codice fiscale					
Nato a		Prov.		Il	
Residente a				Prov.	
In via					
Tel./cell.			e-mail		

Personale dipendente o convenzionato	Dipendente		Convenzionato	
---	-------------------	--	----------------------	--

Sede di lavoro			
U.O.C. /UOSD			
Professione		Disciplina	
N. ISCRIZIONE ORDINE O ALBO PROFESSIONALE			

Ai sensi del D.Lgs. n.196/03 autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità proprie dell’ECM.

Data e Luogo _____

Firma (dell’interessato)
