

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

Corso Teorico – Pratico

## Oftalmologia Pediatrica il Neonatologo, il Pediatra, l' Oculista

7 maggio 2022

**Campi da compilare obbligatoriamente e in stampatello e da inviare entro il 25 aprile 2022  
per mail a [7maggiooftalmologiapediatrica@gmail.com](mailto:7maggiooftalmologiapediatrica@gmail.com) via whatsapp al 347-5527191**

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

TITOLO DI STUDIO E SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

COD.FISCALE (16 caratteri) – **Se mancante o errato non sarà possibile assegnare i crediti ECM**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CITTA' DI NASCITA \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

### INDIRIZZO RESIDENZA

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

### INDIRIZZO LAVORO

ENTE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

BARRARE VOCE DI RIFERIMENTO

<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> CONVENZIONATO
--	-------------------------------------	--

VIA \_\_\_\_\_ NUM \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 autorizzo ECO MEETING in qualità di segreteria dell'evento in oggetto, al trattamento dei dati personali sensibili contenuti nel presente modulo per le finalità previste dalla normativa e d in accordo interno di ECO MEETING srls

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_