



**Convegno “I programmi di screening della regione Toscana:
presentazione del 10° Rapporto Annuale”**

18 dicembre 2009

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALL’UFFICIO FORMAZIONE ESTERNA A MEZZO FAX **ENTRO IL 10 DICEMBRE 2009.**
NON È PREVISTA L’ISCRIZIONE IN SEDE CONGRESSUALE.

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (obbligatori per il conseguimento dei crediti ECM)

NOME _____

COGNOME _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

A) PARTECIPAZIONE CATEGORIE PROFESSIONALI ACCREDITATE ECM

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assistente sanitario | <input type="checkbox"/> Medico |
| <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> MMG |
| <input type="checkbox"/> Chimico | <input type="checkbox"/> OSS/OTA |
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Ostetrica |
| <input type="checkbox"/> Educatore professionale | <input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di laboratorio biomedico |
| <input type="checkbox"/> Fisico | <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di radiologia medica |
| <input type="checkbox"/> Massofisioterapista | <input type="checkbox"/> Psicologo |

Specializzato in _____ Specializzando in _____

B) PARTECIPAZIONE SENZA CONSEGUIMENTO DEI CREDITI ECM PER LE CATEGORIE PROFESSIONALI NON PREVISTE AL PUNTO A)

Categoria professionale: _____

Specializzato in _____ Specializzando in _____

Indirizzo privato

Città _____ CAP | | | | | | | | Prov. | | |

Tel./Cell. _____ e-mail _____

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ente di appartenenza _____

Unità Operativa/Servizio _____

Indirizzo Ente

Città _____ CAP | | | | | | | | Prov. | | |

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Ai sensi dell’art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Firma _____