

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire a Kos Comunicazione e Servizi srl a: segreteria@koscomunicazione.it

## CONVEGNO

Lungo i sentieri di cura: i percorsi assistenziali per l'appropriatezza clinica ed organizzativa

Roma, 21 giugno 2016

Aula Carlo Urbani - Azienda Ospedaliero Universitaria S. Andrea

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Nata/o a \_\_\_\_\_ il 

--	--

--	--

--	--	--	--

  
GIORNO MESE ANNO

<sup>(1)</sup>Codice fiscale 

--	--	--	--

--	--	--	--

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

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

<sup>(1)</sup>Professione (vedi Allegato A) \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Disciplina (vedi Allegato B) \_\_\_\_\_

Libero professionista     Dipendente     Convenzionato

<sup>(1)</sup>Iscritto all'Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup>e-mail \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Servizio \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo sede di lavoro \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM

<sup>(2)</sup>Si raccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail per le comunicazioni inerenti la partecipazione al Congresso

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Kos Comunicazione e Servizi S.r.l. informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità connesse alla partecipazione al Convegno. I dati forniti non verranno comunicati ad altri soggetti, il titolare del trattamento dei dati è Kos Comunicazione e Servizi S.r.l. che ha sede in Roma in Via Giunio Bazzoni 1. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a Kos Comunicazione e Servizi S.r.l. per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Desideriamo tenerla aggiornata sulle proprie attività, formative o editoriali. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative La preghiamo di barrare la casella qui accanto .

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO A

### Professione

Medico Chirurgo - Farmacista - Infermiere - Odontoiatra

## ALLEGATO B

### Disciplina

Allergologia ed Immunologia Clinica	Pediatria
Dermatologia e Venereologia	Chirurgia Vascolare
Medicina Fisica e Riabilitazione	Ginecologia e Ostetricia
Medicina Aeronautica e Spaziale	Otorinolaringoiatria
Psichiatria	Neurofisiopatologia
Medicina Legale	Cure Palliative
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	Epidemiologia
Medicina Dello Sport	Medicina di Comunità
Oftalmologia	Endocrinologia
Farmacologia e Tossicologia Clinica	Malattie Infettive
Medicina Nucleare	Microbiologia e Virologia
Continuità Assistenziale	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Gastroenterologia	Audiologia e Foniatria
Geriatrics	Angiologia
Nefrologia	Genetica Medica
Neuropsichiatria Infantile	Malattie Dell'apparato Respiratorio
Chirurgia Maxillo-Facciale	Neurologia
Chirurgia Pediatrica	Cardiochirurgia
Neuroradiologia	Chirurgia Toracica
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	Patologia Clinica
Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	(Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia)
Medicina Termale	Pediatria (Pediatri Di Libera Scelta)
Oncologia	