

**Da inviare al num. fax 095 7461360**

Cognome\*\* \_\_\_\_\_

Nome\*\* \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\*\* \_\_\_\_\_

Indirizzo\*\* \_\_\_\_\_

Città\*\* \_\_\_\_\_

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

Telefono\*\* \_\_\_\_\_

E-mail\*\* \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale\*\* \_\_\_\_\_

Professione\*\* \_\_\_\_\_

Dipendente\*\*  Convenzionato\*\*  L. Professionista\*\*

**IL SOTTOSCRITTO**

Autocertifica di essere in possesso del titolo di studio abilitante  
la professione di \_\_\_\_\_

**E CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO E PARTECIPARE**

Al corso "La rete Reumatologica regionale"

- Ed. 1 Scicli, 3 maggio 2014  
 Ed. 2 Ragusa, 24 maggio 2014  
 Ed. 3 Vittoria, 7 giugno 2014

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

Desidero ricevere INFO sui prossimi eventi  SI  NO

Autorizzo la Segreteria organizzativa AV eventi e formazione  
sas al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Decreto  
Legislativo del 30/06/2003 N°196 (codice in materia del tratta-  
mento dei dati personali).

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

**\*\*Dati obbligatori per l'ottenimento dei crediti formativi ECM**