Convegno Internazionale di IPOVISIONE

"La riabilitazione visiva per la cura e l'integrazione sociale del soggetto ipovedente"

Sabato 2 Ottobre 2004 – ore 9,00
Sala delle Conferenze del Castello di Milazzo (ME)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO FORMATIVO

Da inoltrare tramite fax alla Segreteria Organizzativa allo 0902287777

Cognome e nome ……

Nato a …… **il** ……

Indirizzo abitazione ……

Comune …… **CAP** ……

CHIEDE di essere iscritto al Convegno in qualità di:

- ❑ Medico
- ❑ Ortottista
- ❑ Assistente di Oftalmologia

Telefono …… **Fax** ……

Cellulare …… **e-mail** ……

Codice Fiscale _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il trattamento dei dati personali forniti sarà conforme alle disposizioni contenute nella legge n.675 del 31 dicembre 1996 e successive modificazioni ed integrazioni. Essi saranno utilizzati ed opportunamente trattati per i fini istituzionali inerenti e conseguenti l'iniziativa oggetto della presente. Tali dati saranno conservati sotto forma cartacea e saranno immessi in un personal computer dotato di idonee misure di sicurezza. Gli stessi potranno essere, su espressa richiesta dell'interessato, modificati o cancellati in qualsiasi momento. In particolare tali dati saranno inviati al Ministero della Sanità, per i fini afferenti alle iniziative, nell'ambito del programma nazionale per la formazione continua degli operatori della sanità.

_____ data

_____ Firma