Convegno Regionale sulle Patologie Vertebrali
"Dalla scoliosi all'osteoporosi"

29 e 30 Novembre 2004 – ore 8,00
Sala Convegni Duomo Antico Castello di Milazzo (ME)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO FORMATIVO

Inviare la presente scheda di partecipazione con copia dell'avvenuto pagamento via fax allo 090-2287777

Modalità di pagamento:

- bonifico bancario, di € 60,00 da effettuare sul c/c n. 000410104218 - ABI: 82293 - CAB: 01020 CIN: S - Banco di Sicilia Agenzia 1 Milazzo, intestato a Società Servizi Riabilitativi S.p.A.
- vaglia postale, di € 60,00, intestato a Società Servizi Riabilitativi S.p.A. Via T. Cannizzaro, 151 Messina.

Causale del versamento: Iscrizione Convegno Regionale sulle Patologie Vertebrali, 29 - 30 novembre 2004

Cognome e nome ……

Nato a …… **il** ……

Indirizzo abitazione ……

Comune …… **CAP** ……

CHIEDE di essere iscritto al Convegno in qualità di:

- ❑ Medico Chirurgo
- ❑ Logopedista
- ❑ Fisioterapista
- ❑ Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- ❑ Infermiere
- ❑ Terapista occupazionale

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