

"Sindrome di Angelman: dalla diagnosi alla riabilitazione"

**Scrivere
in stampatello**

18 Settembre 2009

*Da inviare (dopo aver contattato la segreteria)
al n. fax 0438 410101 entro il 15-9-2009*

Cognome: * _____

Nome: * _____

Via: * _____ N°* _____

Cap:* _____ Città: * _____

CF: * _____

Data e luogo di nascita: * _____

Tel.: * _____ e-mail: _____

Qualifica professionale:* _____

Specializzazione: (medici e psicologi)* _____

Ente di appartenenza: _____

Ordine/Collegio/Ass.(rappresentativa della professione) di iscrizione:* _____

Provincia/Regione dell'Ordine/Collegio/Ass:* _____

Profilo professionale:*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente del SSN | <input type="checkbox"/> Libero professionista |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato SSN | <input type="checkbox"/> Altro |

Provincia in cui opera prevalentemente:* _____

Fatturazione a: **

☐ privato: indicare domicilio fiscale

☐ ente di appartenenza: indicare sede legale e partita IVA

Acconsento al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003

data

*firma **

*Dati da compilare obbligatoriamente ai fini ECM Regionale

**Da compilare obbligatoriamente

UF M 009 - Scheda di iscrizione