

Scheda di Iscrizione

AUTISMO UNA PROSPETTIVA LONGITUDINALE: DALL'ETA' INFANTILE ALL'ETA' ADULTA

20 Marzo 2009 - Verona

E' possibile iscriversi inviando il seguente modulo alla Segreteria Amministrativa
fax: 045 6717635 - eMail: bitart2002@libero.it

Dati richiesti dal Ministero della Sanità ai fini del conferimento crediti ECM

Compilare in modo chiaro e leggibile

Generalità personali:

Cognome		
Nome		
Indirizzo	Nr.	
CAP	Città	Prov.
Tel.	Fax	
eMail:		
Codice Fiscale:		

Ente di appartenenza:

Ente:		
Indirizzo Ente:	Nr.	
CAP	Città	Prov.
Tel.	Fax	

Categoria			
<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Logopedista
<input type="checkbox"/> Educatore Professionale	<input type="checkbox"/> Tecnici della riabilitazione psichiatrica		
<input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva			
<input type="checkbox"/> Altro specificare: _____			

Trattamento dati personali:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 196/2003.

Firma
