



SCHEDA DI ISCRIZIONE

E-coaching for Active and Healthy Aging 25 Gennaio 2018

Nome e Cognome _____
Via _____ N° _____ CAP _____
Città _____ (____) _____
Luogo di nascita* _____ Prov* _____ Data di nascita _____
Tel. _____ Email* _____
CF* _____ Titolo di studio (specializzazione)* _____
Professione sanitaria* _____
Disciplina* _____ Libero professionista* Dipendente* Privo di occupazione*

La partecipazione all'evento è gratuita. L'evento sarà tenuto in lingua inglese.

I campi evidenziati da * devono essere compilati obbligatoriamente al fine della attribuzione dei crediti ECM, come da regolamento Co.Ge.A.P.S.

La presente scheda di iscrizione è da rinviare compilata e firmata
unitamente a copia della ricevuta di pagamento via fax al numero **02.48593312**
o via email all' indirizzo: a.marturano@ccppdezza.it – p.limina@ccppdezza.it

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art. 10 della legge n. 675/1996 e del DL n. 196/2003.

Data _____

FIRMA _____