

Modulo di Iscrizione
**Proposte di percorsi riabilitativi nei disturbi
neuropsicologici in età evolutiva**

Azienda Ospedaliera Universitaria "S.Maria della Misericordia"
Sala Anfiteatro - UDINE

Da inviare a mezzo fax 0434842728

14 giugno 2008

Cognome _____

Nome _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale _____

Professione e disciplina _____

Via _____

Città _____

Prov. CAP e-mail

Tel. cell.

Ente di appartenenza _____

Tel. Fax e_mail

Si richiedono i crediti ECM: SI NO

Data _____ Firma _____

Intestazione Fattura

Nome: _____

Indirizzo: _____

Partita Iva /C.F. : _____

Io sottoscritto, informato ai sensi dell'Articolo 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, esprimo il mio consenso all'utilizzo dei miei dati personali per la partecipazione al convegno. E' garantita la possibilità di richiedere, in ogni momento, la cancellazione dei dati