



Scheda di preiscrizione al corso di aggiornamento:

“Le malattie neurodegenerative nel terzo millennio:
inquadramenti clinici e approcci terapeutici”

Una prospettiva di Genere

Sabato 11 giugno 2022 – Sala Convegni Grand Hotel Stella Maris
C.da San Gaetano, Uscita Autostrada del Mediterraneo A2, 89015 Palmi (RC)

5 ECM

Il corso è previsto per n. 100 partecipanti (Medici Chirurghi (tutte le specializzazioni), odontoiatri, farmacisti, psicologi, biologi, fisioterapisti, logopedisti, infermieri, infermieri pediatrici, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di neurofisiopatologia, tecnici di radiologia medica per immagini e radioterapia).

Per le iscrizioni si prega di inviare dal 25/05/2022 una e-mail a aidmpalmi@gmail.com, pasqualinagangemi@gmail.com indicando i propri dati anagrafici, professione e contatti.

DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE (TUTTI I DATI SONO NECESSARI):

cognome _____

nome _____

nato a (città, CAP, provincia) _____

il _____ codice fiscale _____

numero di iscrizione all'Ordine professionale _____

Professione _____

Disciplina _____

Attività (libero professionista/dipendente/convenzionato/privo di occupazione) _____

Qualifica (universitaria e/o ospedaliera) _____

Ente/Istituto di appartenenza _____

Via _____ città e provincia _____ CAP _____

Telefono _____ fax _____

E-mail _____

Residente in Via _____ città e provincia _____ CAP _____

Telefono _____ cellulare _____

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03, sulla tutela delle persone ed altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

I dati raccolti saranno trattati, mediante strumenti manuali e/o informatici, nell'ambito di finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della pratica per il Programma Nazionale per la Formazione degli Operatori della Sanità.

Titolare del trattamento: **ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO**



ESPRIMO IL CONSENSO



NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____