

## AZIENDA ULSS N. 20 DI VERONA

Evento: VEN-FOR .....  
Titolo: **Uso e abuso del controllo ravvicinato nel tempo: early recall**  
Edizione: **15.10.2010**  
Sede: Sala Convegni P.O. Marzana, Piazza R. Lambranzi, 1 – 37142 Marzana  
(Verona)

### SCHEDA DATI ANAGRAFICI PER ISCRIZIONE PARTECIPANTI

si prega compilare ogni parte, scrivendo in modo leggibile,  
e di inviare al nr. di fax 045 8075293 o a [formazionecps@ulss20.verona.it](mailto:formazionecps@ulss20.verona.it)

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

data nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

C.A.P. (Codice Avviamento Postale) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Ruolo:

Partecipante    Docente    Tutor    Relatore    Animatore di formazione    Segr. Scientifica

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

Ordine o Collegio o Associazione Professionale \_\_\_\_\_

della provincia o Regione \_\_\_\_\_ Provincia in cui opera prevalentemente \_\_\_\_\_

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSN                      Azienda: .....

Convenzionato del SSN                      Azienda: .....

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Firma

Data \_\_\_\_\_