



in autunno ... L'ALZHEIMER

21 NOVEMBRE **5** DICEMBRE **2024**

SCHEDA DI ADESIONE

Da inviare via mail a: iscrizioni@adrcongressi.com

21 NOVEMBRE

5 DICEMBRE

Cognome _____

Nome _____

- MMG Psicologo Educatore professionale
 Infermiere Tecnico della riabilitazione psichiatrica
 Altro _____

Reparto _____

Ospedale/Istituto appartenenza _____

Città _____ cap. _____

Cell. _____ Tel. _____

DATI NECESSARI PER ECM

si richiede la massima precisione nella compilazione per precise esigenze del Min. Sal.

Professione Dipendente Convenzionato Libero professionista

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo abitazione _____

Città _____ cap. _____

E-mail _____

Sei stato reclutato da un'azienda? SI _____ NO

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Il trattamento dei dati personali che la riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs 101/2018 sulla tutela dei dati personali

Firma _____ Data / /