

# 5HT2A

LA SOTTILE  
LINEA ROSSA

Bari 2024  
25 Ottobre



## SCHEDA DI ADESIONE

Da inviare via mail a: iscrizioni@adrcongressi.com

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_  
Specializzazione \_\_\_\_\_

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 / /