



**Corso teorico e pratico  
“Low intensity shock wave for Erectile Dysfunction”**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Da compilarsi in tutte le sue parti e da inviare corredata da un breve curriculum formativo e professionale alla Segreteria SIA: [sia@andrologiaitaliana.it](mailto:sia@andrologiaitaliana.it) o al fax 06.80660226

**\*dati obbligatori**

**Nome e Cognome\*** \_\_\_\_\_

**Nato a\*** \_\_\_\_\_ **il\*** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale\*** \_\_\_\_\_

Indirizzo sede lavorativa \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare\* \_\_\_\_\_

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

**Specialista in\*** \_\_\_\_\_  **Specializzando in\*** \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE: GRATUITA**

Ciascun partecipante dovrà autonomamente provvedere alla le spese di trasferimento ed eventuale l'alloggio alberghiero personalmente.

Ai sensi della Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n. 196 autorizzo la SIA alla gestione della registrazione ed al trattamento dei dati personali forniti con la presente scheda.

Data

Firma