



**3° WORKSHOP  
DI CHIRURGIA ANDROLOGICA COMPLESSA**  
Centro Congressi  
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche  
**28-29 Novembre 2013**



**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Da compilare in stampatello ed inviare al fax 06.80660226 ● e-mail: [siascongressteam@andrologiaitaliana.it](mailto:siascongressteam@andrologiaitaliana.it)

<p>Il sottoscritto* .....</p> <p>Nato a* ..... il* .....</p> <p>Codice Fiscale* .....</p> <p>Indirizzo*: Via ..... Città ..... Prov. ....</p> <p>Cellulare/Tel.* .....</p> <p>E-mail .....</p> <p>PEC .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Specialista in* .....</p> <p><input type="checkbox"/> Medico Medicina Generale</p> <p><input type="checkbox"/> Specializzando in .....</p> <p>Ente/struttura di appartenenza ..... .....</p> <p>N. Iscr. Ordine dei Medici* .....</p> <p><input type="checkbox"/> L: Libero professionista*</p> <p><input type="checkbox"/> D: Dipendente*</p> <p><input type="checkbox"/> C: Convenzionato*</p> <p><input type="checkbox"/> P: Privo di occupazione*</p>
---	---

**\*Dati obbligatori** ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM se conseguiti – **N. 16,5 crediti**

Il Workshop è indirizzato a:

\_Andrologi, Chirurghi Generali; Chirurghi Plastici e Ricostruttivi; Endocrinologi; Urologi  
- Infermieri

**Provider ECM n. 333 – S.I.A. ● ISCRIZIONE GRATUITA**

**● N. 130 PARTECIPANTI**

La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675

**Data** .....

**Firma** .....