

LA PREVENZIONE ANDROLOGICA NEI GIOVANI: COME, QUANDO E PERCHÉ



Sabato 26 settembre 2015

ASL-RMD Comune di Roma – Via Casal Bernocchi, 73

Scheda d'iscrizione

da compilare in stampatello ed inviare al fax 06.80660226 e-mail: sia@andrologiaitaliana.it

Nome* _____ Cognome* _____

Nato a* _____ il* _____

Codice Fiscale* _____

Via* _____

Città* _____ Prov. _____ Cap _____

Cell./Tel.* _____ Fax _____

E – mail* _____

PEC _____

☐ **Specialista in*** _____

☐ **Medico di Medicina Generale*** ☐ **Farmacista***

☐ **Specializzando* in** _____

Ente e struttura _____

Iscr. Ordine dei Medici N* _____ di* _____

Iscritto all'Albo N* _____ di* _____

☐ **L: Libero Professionista*** ☐ **D: Dipendente***

☐ **C: Convenzionato*** ☐ **P: Privo di occupazione***

****Dati obbligatori** ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM - Evento n°131863 - se conseguiti – N. 7,5 crediti - per le seguenti professioni: - FARMACISTA - MEDICO CHIRURGO: endocrinologia, andrologia, urologia, pediatria, chirurgia pediatrica, medicina generale (medici di famiglia), PSICOLOGO. Provider ECM n. 333 – S.I.A.*

ISCRIZIONE GRATUITA N. 100 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 _____