Società Italiana di Urodinamica
Continenza Neuro-Urologia Pavimento Pelvico

SCHEDA DI ISCRIZIONE
CORSO: La gestione integrata del paziente con incontinenza. Focus su Neuromodulazione Sacrale e Casi Clinici
LUOGO & DATA: Verona, 6 aprile 2017
SEDE DEL CORSO: Centro Practice - Padiglione 1 | Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Ospedale Civile Maggiore Borgo Trento, Piazzale Aristide Stefani 1, Verona
RESPONSABILI SCIENTIFICI: Walter Artibani, Maria Angela Cerruto
PARTECIPAZIONE GRATUITA | Numero Chiuso: 15 partecipanti

SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA IN STAMPATELLO LEGGIBILE E DI INDICARE L'INDIRIZZO E-MAIL PER RICEVERE INFORMAZIONI E AGGIORNAMENTI SUL CORSO

DATI PERSONALI *dati obbligatori per accreditamento ECM

Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di Nascita*
C.F.* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Professione*
Disciplina*	Indirizzo*
Località*	CAP* Prov*
Telefono*	FAX
Email*	Tipo di reclutamento* ☐ diretto ☐ indiretto
Inquadramento professionale* ☐ convenzionato ☐ dipendente ☐ libero professionista ☐ privo di occupazione	
Ente di appartenenza	

CONFERMA DI ISCRIZIONE
Inviare alla segreteria organizzativa (fax: 0523.1860018 – email: info@defoe.it) il presente modulo compilato entro il 27 marzo 2017. **Iscrizione gratuita fino ad esaurimento posti disponibili.**

ECM
N° Ore Formative: 5h | N° Crediti ECM: 6,8
Il Corso è accreditato per 15 partecipanti per la categoria Medici (Urologi, Ginecologi, Chirurghi, Neurologi, Fisiatri, Geriatri).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a _____

dichiarando di essere stato/a informato sulla vigente disciplina in materia di tutela alla riservatezza dei dati personali, come previsto all'art. 13 Codice in materia di protezione dei dati personali

☐ DA' IL CONSENSO ☐ NON DA' IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali;

☐ DA' IL CONSENSO ☐ NON DA' IL CONSENSO

all'utilizzo dei propri dati personali per ricevere informazioni di carattere scientifico.
Sottoscrivo e accetto tutte le modalità di iscrizione. I dati personali sono trattati ai sensi e nei limiti del Dlgs 196/2003.

DATA_____ FIRMA_____