

SCHEDA DI ADESIONE

CORSO TEORICO PRATICO
**PATOLOGIA VASCOLARE DEGLI ARTI INFERIORI:
ARTERIE E VENE A CONFRONTO**

Direttore **Luigi Pibiri**
17-18 Maggio 2019 Caesar's Hotel, Cagliari

ADESIONI SOLO PER MEDICI E FARMACISTI

Ingresso gratuito con obbligo di pre-iscrizione, fino ad esaurimento posti disponibili
I crediti verranno assegnati solo a coloro che saranno presenti in entrambe le giornate

Dati Personali:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

C.F. _____

cell _____ e-mail _____

Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____

Sede di lavoro _____, città _____ reparto _____

in qualità di: Dipendente Convenzionato Libero professionista Altro _____

X La/il sottoscritta/o dichiara di NON essere stato invitato da Aziende Sponsor oppure La/il sottoscritto dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor _____. Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. A service studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo.

I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi Regolamento Europeo 2016/679 ex D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196

La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa **via posta elettronica a posta@aservicestudio.eu** (A service Studio srl via Machiavelli 136, 09131 Cagliari – Tel/fax 07042939 - orario dal lun al gio 9-12. Aggiornamenti e informazioni su **www.aservicestudio.eu**

DATA ____/____/____2019

FIRMA _____
(per conferma di quanto espresso sopra e in nota)