

**07 FEBBRAIO 2020**

**AUDITORIUM TESTORI – PALAZZO REGIONE LOMBARDIA**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE OBBLIGATORIA (le schede incomplete non verranno considerate)**

**DA INVIARE A: convegno@villamiralago.it**

**“La presa in carico dei pazienti affetti da Disturbi Alimentari:  
lo stato dell’Arte in Regione Lombardia”**

**DATI (SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

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

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

Posizione in azienda \_\_\_\_\_

**SONO PREVISTI CREDITI ECM PER MEDICI, PSICOLOGI, EDUCATORI, DIETISTI,  
INFERMIERI, BIOLOGI NUTRIZIONISTI**

**Segnare con una X la scelta:  con ECM  senza ECM**

**L’iscrizione deve essere compilata in tutti i campi,  
in caso contrario non verranno riconosciuti i crediti ECM.**

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003**

*La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente per i fini legati allo svolgimento del corso di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dell’articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. La informiamo che il titolare del trattamento è ASSOCIAZIONE MEDICI LEGNANO.*

**La firma di autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria ai fini del completamento dell’iscrizione**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_