



Congresso Regionale SIA  
della Macroregione L.A.M.S.

# Giornata di Andrologia

Sabato 19 Settembre 2015  
Hotel Caesar's, Cagliari

## Scheda di Iscrizione

Si prega di compilare la presente scheda per intero in stampatello leggibile ed inviare via fax al numero 070 3489109 o via e-mail all'indirizzo [info@esseevents.it](mailto:info@esseevents.it) entro e non oltre **mercoledì 16 settembre 2015**

### Dati anagrafici (da compilare in stampatello leggibile)

Cognome | \_\_\_\_\_ Nome | \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale | \_\_\_\_\_  
Professione | \_\_\_\_\_ Disciplina | \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita | \_\_\_\_\_ Data di nascita | \_\_\_\_\_

### Indirizzo privato

Via | \_\_\_\_\_ n. | \_\_\_\_\_  
CAP | \_\_\_\_\_ Città | \_\_\_\_\_ Prov. | \_\_\_\_\_  
Telefono | \_\_\_\_\_ Cell. | \_\_\_\_\_  
e-mail | \_\_\_\_\_

### Indirizzo di Lavoro

Ospedale/Istituto/Università/Ente/Azienda | \_\_\_\_\_  
Via | \_\_\_\_\_ n. | \_\_\_\_\_  
CAP | \_\_\_\_\_ Città | \_\_\_\_\_ Prov. | \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 196/2003 e dell'art. 7 T.U. si autorizza l'invio dei dati sopra riportati al Ministero della Salute, per l'inserimento degli stessi nelle liste ufficiali dei partecipanti al Congresso.

DATA | \_\_\_\_\_ FIRMA | \_\_\_\_\_