

Tivoli

Ospedale San Giovanni Evangelista

### Scheda di Iscrizione

Compilare in stampatello ed inviare tramite fax 06.80660226 o  
e-mail: [siascongressteam@andrologiaitaliana.it](mailto:siascongressteam@andrologiaitaliana.it)

Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_

Nato a\* \_\_\_\_\_ il\* \_\_\_\_\_

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

Via\* \_\_\_\_\_

Città\* \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Cell./Tel.\* \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E – mail\* \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

☐ Specialista in\* \_\_\_\_\_

☐ Specializzando in \_\_\_\_\_

☐ Altro \_\_\_\_\_

Ente e struttura \_\_\_\_\_

N. Iscr. Ordine dei Medici\* \_\_\_\_\_

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

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

*\*Dati obbligatori ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM - Evento n°116029 - se conseguiti – N. 11,5 crediti - per le seguenti discipline: andrologia; chirurgia generale; urologia. Provider ECM n. 333 – S.I.A.*

**ISCRIZIONE GRATUITA.** Corso per n. 50 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 \_\_\_\_\_