

DATA dell'evento o dell'edizione **15/04/2014; 13 e 20/05/2014; 23/09/2014; 7 e 21/10/2014**

ORGANIZZATORE **S.Ve.M.G. (Scuola Veneta di Medicina Generale) PROVIDER 66**

TITOLO EVENTO "**SIMG Flash 2014: dal sapere al saper fare (Vicenza) Cod. 707**"

### SCHEDA DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

#### Ruolo:

Partecipante  Docente  Tutor  Relatore  Animatore di formazione  Segr. Scientifica

Professione **Medico di Medicina Generale**

Disciplina \_\_\_\_\_

Ordine o Collegio o Associazione Professionale \_\_\_\_\_

della provincia o Regione \_\_\_\_\_

Provincia in cui opera prevalentemente \_\_\_\_\_

#### Profilo lavorativo attuale:

Dipendente del SSN

Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

#### Indirizzo:

Via o Piazza: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_

Tel. Amb.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Data

Firma

\_\_\_\_\_