



XII CONGRESSO MEDICINA DELLO SPORT

CITTA' DI CABRAS

VI MEMORIAL MARCELLO FAINA

24-25 maggio 2019

Sala Convegni Centro Polivalente, Cabras (OR)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax al numero 070 656263 entro il 23 maggio 2019 alla Segreteria Organizzativa: KASSIOPEA GROUP S.r.l., - via Stamira 10, 09134 Cagliari E-mail: gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com

Quota di iscrizione è di € 30,00 (iva compresa) Esclusi i Soci FMSI

Barrare la casella corrispondente:

Medico chirurgo (discipline principali di riferimento):

- Allergologia ed Immunologia Clinica Cardiologia Ematologia Endocrinologia Pediatria Geriatria Oncologia
Malattie dell'apparato respiratorio Medicina Fisica e Riabilitazione Medicina dello Sport Nefrologia Neurologia
Psichiatria Ortopedia e Traumatologia Medicina Generale (Medici di Famiglia) Urologia Scienza dell'alimentazione
Malattie Metaboliche e Diabetologia Psicologia Chirurgia Maxillo-Facciale Epidemiologia e Sanità Pubblica
Medicina Interna Ginecologia e Ostetricia Radiologia Immunologia e tossicologia clinica Odontoiatria
Fisioterapista Infermiere Dietista Biologo Psicoterapia
Insegnanti di Educazione Fisica Diplomati ISEF
SOCI FMSI N° Tesserino _____ *

Modalità di pagamento:

Bonifico intestato a Banca: BNL CAGLIARI AG.3 IBAN: IT 84 H 01005 04998 000000002523

SWIFT: IITRR Causale pagamento: Titolo del Congresso + Nome e Cognome.

Si prega di inviare copia del bonifico bancario via mail all'indirizzo gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com o via fax al numero 070656263. **Il mancato invio della copia del pagamento comporta la non registrazione.**

*** (non verranno iscritti tutti coloro che non inseriranno il numero del Tesserino FMSI)**

INDIRIZZO DI LAVORO

Ruolo			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale	Luogo di nascita		Data di nascita
Professione		Disciplina (solo per i Medici-Chirurghi)	
Tel.	Cell.	e-mail	
Via	Città	CAP	Prov.
Istituto, Ospedale, Università, Azienda. Ente			
Reparto, Dipartimento, Clinica, U.O., Divisione			

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via	Città	CAP	Prov.
Tel.	Cell.	Email	

* Campi obbligatori a fine della spedizione della conferma della registrazione.

D. Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda di iscrizione e al Congresso, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzie di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare e con la sottoscrizione e del presente modulo si dà atto di avere esattamente e soppesati i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare e delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto dalla norma richiamata.

Data	Firma
------	-------

Ruolo con cui si partecipa all'evento: P= Partecipante, D=Docente, T= Tutor, R = relatore