

## La sindrome delle apnee notturne (OSAS): un impegno multidisciplinare

28 Aprile 2016

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri  
Via Suor Elena Aiello, 23 Cosenza

**Dati Personali obbligatori per la pratica E.C.M.** (si prega di scrivere stampatello)

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. [ ]

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Iscrizione Ordine N. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Libero Professionista[ ] Dipendente[ ] Convenzionato[ ] Altro[ ]

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Il corso, cod. ECM 157729, è accreditato per **MEDICI CHIRURGHI** (tutte le specializzazioni) e **INFERMIERI** per un numero massimo di 100 partecipanti. La partecipazione è gratuita e da diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, colazione di lavoro e attestato ECM.

**La consegna dell'attestato ECM è subordinata all'effettiva partecipazione all'intero programma formativo ed al superamento della verifica dell'apprendimento.**

Per iscriversi al corso è necessario compilare il presente modulo ed inviarlo via fax allo **0984.830987** oppure via posta elettronica a [info@jbprof.com](mailto:info@jbprof.com) e contattare telefonicamente la segreteria per verificare se l'iscrizione rientra tra le prime 100 pervenute, da lunedì a venerdì ore 9:00 - 13:00 allo 0984.837852. La partecipazione è gratuita. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico basato sulla data di iscrizione pervenuta.

### Privacy

In base al D.Lgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi (contabilità, logistica, formazione elenchi). I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di proposte per corsi ed iniziative di studio future. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento. Qualora non desidero la diffusione dei dati personali (nome, qualifica e azienda) agli altri partecipanti al corso, barri la casella riportata qui a fianco [ ] Qualora non desidero ricevere ulteriori informazioni, barri la casella riportata qui a fianco [ ]

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_