VISIONI E CONDIVISIONI IN SCHIZOFRENIA:
UTILIZZO APPROPRIATO DEGLI ANTIPSICOTICI
Aula Magna UOC Formazione ASL, Aversa (CE)
20 ottobre 2023
SCHEDA ISCRIZIONE PARTECIPANTE

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | |

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO A _____ **PR** _____ **IL** _____

INDIRIZZO PRIVATO _____ **N.** _____

CAP_____ **CITTÀ** _____ **PR** _____

TELEFONO _____ **FAX** _____ **CELL.** _____

E- MAIL _____

POSIZIONE LAVORATIVA:

□ **LIBERO PROFESSIONISTA** □ **DIPENDENTE** □ **CONVENZIONATO** □ **PRIVO DI OCCUPAZIONE**

□ **PRIVO DI SPECIALIZZAZIONE** □ **ALTRO** _____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE:

□ **MEDICO CHIRURGO** specialista in _____

❑ **Reclutato da Sponsor (nome azienda):** _____ ❑ **Non reclutato**

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR 2016/679") sulla tutela dei dati personali e sull'utilizzo dei cookie, il sottoscritto autorizza il trasferimento dei propri dati personali all'Age.Na.S. allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento ed aggiornamento professionale previsto dalla legge. i dati saranno utilizzati per gli scopi indicati e per l'elaborazione e la presentazione di future attività formative.

Firma _____