



# IL DISTURBO AUTISTICO DALL'INFANZIA ALL'ETA' ADULTA

OSTUNI, 21 e 22 NOVEMBRE 2008

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

La compilazione delle seguenti voci è **obbligatoria** per **tutti** i **partecipanti**, indipendentemente dall'acquisizione dei crediti ECM.

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Professione \_\_\_\_\_

Specializzazione (solo per medici, psicologi, biologi) \_\_\_\_\_

*Se operatore dell'Associazione "La Nostra Famiglia":*

- o dipendente
- o consulente
- o borsista
- o specializzando / tirocinante

Via (residenza) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Cap \_\_\_\_\_

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

### ALLEGARE RICEVUTA DI PAGAMENTO

Le informazioni verranno utilizzate per trasmettere i dati della vs. partecipazione al Ministero della Salute (nell'ambito di ECM - Educazione Continua in Medicina, a norma del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali) e per inserirvi nella banca dati informatizzata del Settore Formazione Continua.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_