



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

## “SEMINARI DI SANITÀ PUBBLICA - IV EDIZIONE”

da inviare entro il 6 settembre 2010 al fax 030 / 37.01.404

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_

Indirizzo Ente: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Qualifica

Medico specialista in \_\_\_\_\_

Assistente sanitario

Infermiere

Biologo

Medico specializzando in \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Socio SItI  SI  NO

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati verranno trattati al solo fine di organizzare le iniziative previste dall'evento.*

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_