

**CORSO TEORICO PRATICO SULLA DISPLASIA CONGENITA DELLE ANCHE:
DIAGNOSI E TRATTAMENTO
Trieste, 22-23 OTTOBRE 2010
Aula Magna IRCCS Burlo Garofolo – via dell'Istria 65/1**

SCHEDA DI ISCRIZIONE
da restituire entro il 30 SETTEMBRE 2010 alla Segreteria Organizzativa
Delphi International srl – via A. Zucchini 79, 44100 Ferrara - fax 0532 773422

Si prega di compilare in stampatello (una per ogni partecipante)

Cognome* _____ Nome* _____

Professione* _____ Disciplina* _____

Struttura d'appartenenza* _____

Data di nascita* _____ Luogo di nascita* _____

Via* _____ n. _____

CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

Tel.* _____ Fax _____

C.F.* _____

email _____

NB: ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM, la compilazione dei campi contrassegnati con * è obbligatoria

Quote di partecipazione
(esenti IVA ai sensi della L. 573/93, art. 14, comma 10):

- 22 e 23 ottobre - € 250,00**
- 23 ottobre - € 100,00**

Sessione parallela del **22 ottobre: max 20 partecipanti**

Sessione plenaria del **23 ottobre: max 80 partecipanti**

I posti disponibili saranno assegnati in base all'ordine cronologico di arrivo delle schede di iscrizione

Figure accreditate ECM:

Medico chirurgo con specializzazione in:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area interdisciplinare | <input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Pediatria-pediatri di libera scelta |
| <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Neonatologia | |

Fisioterapista

Infermiere

Infermiere pediatrico

Se i dati della fattura non corrispondono a quelli indicati nella scheda di iscrizione annotare nella zona sottostante eventuali modifiche (se possessore di Partita IVA, è indispensabile indicarla)

Cognome Nome/Azienda _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

C.F. _____

P.IVA _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Modalità di pagamento

bonifico bancario intestato a

**IRCCS Burlo Garofolo Conto Servizio di Tesoreria Via dell'Istria, 65/1 34137 Trieste
Banca Antonveneta IBAN IT 65 J 05040 02230 000003366492**

Indicare nella causale la dicitura "Displasia congenita" e nome/i e cognome/i del/dei partecipante/i.

Accludere la fotocopia del bonifico bancario

Data

Firma

NB:

Per i partecipanti NON dipendenti del BURLO

I partecipanti esterni all'IRCCS Burlo Garofolo devono compilare la scheda di iscrizione ed inviarla via fax (0532 773422) o per posta alla Segreteria Organizzativa Delphi International Srl entro il 30 SETTEMBRE 2010, unitamente alla fotocopia dell'avvenuto pagamento. I partecipanti autorizzati dalla propria azienda devono inviare lettera di autorizzazione con gli estremi per il rilascio della fattura.

Per i partecipanti dipendenti BURLO

L'iscrizione gratuita avverrà presso il **Centro Attività Formative** tel. 040 37 85 206; e-mail segreteria.formazione@burlo.trieste.it sulla modulistica inviata ai coordinatori delle Strutture Operative.

L'iscrizione è gratuita solo per gli specializzandi dell'IRCCS Burlo Garofolo.

Informativa Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n. 196/03

Con la presente autorizzo Delphi International Srl alla gestione dei dati personali esclusivamente per scopi connessi alla partecipazione al Corso. In qualsiasi momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a Delphi International Srl Via A. Zucchini,79 - 44122 Ferrara - Italy

Data

Firma
