

**“TRANSITION OF CARE” DEL PAZIENTE
CON MALATTIA REUMATICA:
DAL PEDIATRA AL REUMATOLOGO
DELL’ADULTO**
Reggio Emilia 20 aprile 2013

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Da inviare, compilata in ogni sua parte, a INTERMEETING entro il 12/04/2013 tramite
email (segreteria@intermeeting.it) o tramite fax (0039 0521 228981)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Num. iscr. Ordine, Collegio, Assoc. _____

MEDICO CHIRURGO

- Reumatologia*
- Medicina Generale*
- Pediatria*
- Medicina Fisica e Riabilitazione*
- Pediatrì Libera Scelta*
- Altro*

SPECIALIZZANDO/STUDENTE/ALTRO

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

Ente/Istituto _____ Indirizzo Ente _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

e-mail _____ Indirizzo personale _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Cellulare _____

In ottemperanza all'art. 23 del D.Lgs. n° 196/03 del 30 giugno 2003, presto il consenso al trattamento dei miei dati

Data _____ Firma _____