

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire a **Kos Comunicazione e Servizi srl** a: [segreteria@koscomunicazione.it](mailto:segreteria@koscomunicazione.it)

**CONVEGNO**  
**IL RILANCIO DEI DISTRETTI SANITARI**  
**Roma, 6 luglio 2018**  
**Polo Didattico - P.zza Oderico da Pordenone**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Nata/o a \_\_\_\_\_ il 

--	--

--	--

--	--	--	--

  
GIORNO      MESE      ANNO

<sup>(1)</sup>Codice fiscale 

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>(1)</sup>Professione (vedi Allegato A) \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Disciplina (vedi Allegato B) \_\_\_\_\_

Libero professionista     Dipendente     Convenzionato

<sup>(1)</sup>Iscritto all'Ordine/Collegio \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

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

<sup>(2)</sup>e-mail \_\_\_\_\_

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

Servizio \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo sede di lavoro \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

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

e-mail \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup>Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM

<sup>(2)</sup>Si raccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail per le comunicazioni inerenti la partecipazione al Convegno

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Kos Comunicazione e Servizi S.r.l. informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità connesse alla partecipazione al Convegno. I dati forniti non verranno comunicati ad altri soggetti, il titolare del trattamento dei dati è Kos Comunicazione e Servizi S.r.l. che ha sede in Roma in Via Giunio Bazzone 1. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a Kos Comunicazione e Servizi S.r.l. per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Desideriamo tenerla aggiornata sulle proprie attività, formative o editoriali. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative La preghiamo di barrare la casella qui accanto

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO A

### Professione

---

Medico chirurgo;

---

Farmacista;

---

Psicologo;

---

Assistente sanitario;

---

Fisioterapista;

---

Infermiere;

---

Educatore professionale;

---

Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;

---

Tecnico sanitario di radiologia medica;

---

Tecnico della riabilitazione psichiatrica;

---

## ALLEGATO B

### Disciplina

---

Anatomia;	Malattie dell'apparato respiratorio;
Anestesia e rianimazione;	Malattie infettive;
Assistente sanitario;	Malattie metaboliche e diabetologia;
Cardiochirurgia;	Medicina di comunità;
Cardiologia;	Medicina fisica e riabilitazione;
Chirurgia generale;	Medicina generale (medici di famiglia);
Continuità assistenziale;	Medicina Interna;
Cure palliative;	Medicina legale;
Direzione medica di presidio ospedaliero;	Nefrologia; neurologia;
Educatore professionale;	Oncologia;
Ematologia;	Organizzazione dei servizi sanitari di base;
Farmacia ospedaliera;	Patologica;
Farmacia territoriale;	Pediatria (pediatri di libera scelta);
Fisioterapista;	Pediatria;
Geriatra;	Psichiatria;
Ginecologia e ostetricia;	Psicologia;
Igiene degli alimenti e della nutrizione;	Psicoterapia;
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;	Psicoterapia;
Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. alimenti di origine animale e derivati;	Radioterapia;
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica;	Sanità animale;
Infermiere;	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
	Tecnico della riabilitazione psichiatrica;
	Tecnico sanitario di radiologia medica;

---