

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AI MODULI DEL CORSO
IMAGING OSTEO-ARTICOLARE IN PATOLOGIA SPORTIVA**

Cognome _____

Nome _____

Luogo e Data di Nascita _____

Codice fiscale _____

N° crediti acquisiti nell'anno in corso _____

Ente o struttura di appartenenza _____

Professione e disciplina che svolge _____

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cellulare _____ Fax _____

Indirizzo e-mail _____

Data.....

Firma.....

I dati contenuti in questa scheda verranno trasmessi alla Commissione Ministeriale per l' Educazione Continua in Medicina(ECM) e trattati nel rispetto della normativa sulla privacy (art.10 legge 675/96) ; in relazione a tale trattamento l'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dall'art.13 della stessa legge.

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | I° modulo "SPALLA" | 06/07 giugno 2008 | - 30 euro |
| <input type="checkbox"/> | II° modulo "CAVIGLIA E ANCA" | 13/14 giugno 2008 | - 30 euro |
| <input type="checkbox"/> | III° modulo "GINOCCHIO" | 20/21 giugno 2008 | - 30 euro |
| <input type="checkbox"/> | IV° modulo "COLONNA VERTEBRALE" | 27/28 giugno 2008 | - 30 euro |
| <input type="checkbox"/> | iscrizione a tutti i moduli - 100 euro | | |

Il pagamento dovrà essere effettuato a mezzo bonifico bancario:

c/c postale n. 18482802

intestato a "COLLEGIO TECNICI SANITARI RADIOLOGIA MEDICA NA-AV-BN-CE"

presso "BANCO POSTA"

Codice IBAN: IT58 A076 0103 4000 0001 8482 802

SPECIFICARE LA CAUSALE

Inviare copia dell'avvenuto pagamento a mezzo fax al n. 081/7433342