

## PROFESSIONAL VOICE CARE CONFERENCE

*Presidente Onorario Prof Marco de Vincentiis*

*Presidente del Corso Prof. Giovanni Ruoppolo*

*Vice Presidente del Corso Dott.ssa Cinzia Cortese*

NOME E COGNOME .....

CODICE FISCALE .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

QUALIFICA ..... DISCIPLINA .....

LIBERO PROFESSIONISTA ..... DIPENDENTE ..... CONVENZIONATO .....

INDIRIZZO PERSONALE.....

CAP..... CITTÀ ..... PROV.....

TEL..... FAX..... CELL .....

E-MAIL PERSONALE..... N. ISCRIZ ALBO .....

OSPEDALE.....

INDIRIZZO.....

CAP .....CITTÀ ..... PROV.....

TEL. .... FAX .....

MANSIONE NON OSPEDALIERA .....

Roma, 12 Novembre 2016

La scheda compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti prescritti dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM. I dati raccolti verranno tutelati in forma riservata in osservanza del D.Lgs n° 196/2003.