

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

[ ] MEDICO CHIRURGO SPECIALIZZATO IN \_\_\_\_\_ (inserire la specialistica)

[ ] INFERMIERE [ ] FARMACISTA [ ] DIETISTA [ ] OSTETRICA

[ ] PODOLOGO [ ] TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA [ ] TECNICO ORTOPEDICO

[ ] TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE

[ ] TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

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

E-mail \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Inviare la scheda a: [info@promodea.it](mailto:info@promodea.it) o tramite fax 0961.1916669

con il contributo non condizionante di:

