

# iscrizione

**VASCULOPATIE CEREBRALI**  
Disfunzioni sensoriali e oculomotorie

**19.03.2011**  
Bosisio Parini (LC)

Da far pervenire alla Segreteria Organizzativa  
fax 031/877.376  
entro il **4 marzo 2011**

\_\_\_\_\_  
Cognome\*

\_\_\_\_\_  
Nome\*

\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale\*

\_\_\_\_\_  
Data di nascita\*

\_\_\_\_\_  
Luogo di nascita\*

\_\_\_\_\_  
Via\*

\_\_\_\_\_  
Città e prov.\*

\_\_\_\_\_  
CAP\*

\_\_\_\_\_  
Telefono

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

\_\_\_\_\_  
Qualifica professionale\*

\_\_\_\_\_  
Specializzazione

\_\_\_\_\_  
Dati per la fatturazione (denominazione ente)

\_\_\_\_\_  
Partita IVA

\_\_\_\_\_  
Indirizzo

\* dati da compilare obbligatoriamente ai fini ECM

Allego ricevuta del versamento di:

- euro 70 per iscrizioni entro il 4 marzo
- euro 80 per iscrizioni dopo il 4 marzo
- euro 25 per studenti (allegare certificato)

Acconsento al trattamento dei dati ai sensi del DL n. 196 del 30.06.2003

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
firma