

"L'UTILIZZO DELL'ICF DALLA RIABILITAZIONE AL REINSERIMENTO"

26 Settembre 2008



SIMFER - Sezione di
Riabilitazione
Neuropsicologica

Da inviare (dopo aver contattato la segreteria)
al n. fax 0438 410101 entro il 20-9-2008

Cognome: * _____

Nome: * _____

Via: * _____ N°* _____

Cap: * _____ Città: * _____

CF: * _____

Data e luogo di nascita: * _____

Tel.: * _____ e-mail: _____

Qualifica professionale: * _____

Ente di appartenenza: _____

Ordine/Collegio/Ass. (rappresentativa della professione) di iscrizione: *

Provincia/Regione dell'Ordine/Collegio/Ass: * _____

Profilo professionale: *

- Dipendente del SSN Libero professionista
 Convenzionato SSN Altro

Provincia in cui opera prevalentemente: * _____

Fatturazione a: **

privato: indicare domicilio fiscale

ente di appartenenza: indicare sede legale e partita IVA

Acconsento al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003

data _____

firma * _____

*Dati da compilare obbligatoriamente ai fini ECM Regionale

**Da compilare obbligatoriamente

UF M 009 - Scheda di iscrizione

Pieve di Soligo (Tv)

