

XIII SIP SICILIA CONGRESSO REGIONALE
UNA PSICHIATRIA PER I MONDI CHE CAMBIANO
MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

Cognome e Nome _____

Cod Fisc _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

CAP _____

Città _____

Tel _____

Fax _____

Cell _____

E-mail _____

Ente di appartenenza _____

Unità operativa di appartenenza _____

N° ordine _____

Professione

MEDICO CHIRURGO PSICOLOGO TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Discipline

PSICHIATRIA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2008 anche ai fini della trasmissione dei dati personali al Ministero della Salute per l'ECM e nella piattaforma ECM Suite.

Data

Firma