



# Giornate Siciliane di Radioprotezione LE EMERGENZE RADIOLOGICHE E NUCLEARI



**Taormina, 25 - 27 Maggio 2006**  
**Palazzo dei Duchi di S. Stefano – Via de Spuches**

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

Cognome \* ..... Nome \* .....

Data di nascita \* ..... Luogo di nascita \* .....

Professione \* (Medico, Fisico, .....)

Disciplina \* (Medicina del lavoro, Fisica sanitaria, .....)

Titoli e qualifiche: .....

.....

.....

Indirizzo \* .....

Cap. \* ..... Città \* ..... Prov. \* .....

E-mail ..... Recapito telefonico \* .....

N. Cellulare ..... Codice Fiscale \* .....

*Si esprime il consenso, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, al trattamento dei dati personali da parte di codesta struttura per le sue finalità istituzionali.*

Data ..... Firma leggibile .....

### **(\*) compilazione obbligatoria**

*N.B. Le informazioni richieste dal presente modulo debbono essere compilate in modo leggibile (stampatello) poiché necessarie per l'assegnazione dei crediti di formazione ECM.*

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento ECM per il quale sono richiesti; essi verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo e al fine eventuale di segnalare analoghi eventi formativi.*