Società Italiana di Urodinamica
Continenza Neuro-Urologia Pavimento Pelvico

SCHEDA DI ISCRIZIONE
CORSO: La gestione integrata del paziente con incontinenza. Focus su Neuromodulazione Sacrale e Casi Clinici
LUOGO e DATA: Catania, Sabato 03 Marzo 2018
SEDE DEL CORSO: Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro, Via Messina, 829 | Catania
RESPONSABILE SCIENTIFICO: Savoca Francesco
PARTECIPAZIONE GRATUITA | Numero Chiuso: 15 partecipanti

SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA IN STAMPATELLO LEGGIBILE E DI INDICARE L'INDIRIZZO E-MAIL PER RICEVERE INFORMAZIONI E AGGIORNAMENTI SUL CORSO

**DATI PERSONALI** *dati obbligatori per accreditamento ECM

| | |
|---|---|
| Cognome* | Nome* |
| Luogo di nascita* | Data di Nascita* |
| C.F.* \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | Professione* |
| Disciplina* | Indirizzo* |
| Località* | CAP* Prov* |
| Telefono* | FAX |
| Email* | Tipo di reclutamento* ☐ diretto ☐ indiretto |
| Inquadramento professionale* ☐ convenzionato ☐ dipendente ☐ libero professionista ☐ privo di occupazione | |
| Ente di appartenenza | |

**CONFERMA DI ISCRIZIONE**
Inviare alla segreteria organizzativa (fax: 0523.1860018 – email: info@defoe.it) il presente modulo compilato entro il 26 Febbraio 2018. **Iscrizione gratuita fino ad esaurimento posti disponibili.**

**ECM**
N° Ore Formative: 6 | N° Crediti ECM: 8,1
Il Corso è accreditato per la categoria Medico Chirurgo (Urologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ginecologia e Ostetricia, Nurofisiopatologia, Neurologia, Chirurgia Generale, Geriatria).

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a _____

dichiarando di essere stato/a informato sulla vigente disciplina in materia di tutela alla riservatezza dei dati personali, come previsto all'art. 13 Codice in materia di protezione dei dati personali

☐ DA' IL CONSENSO ☐ NON DA' IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali;

☐ DA' IL CONSENSO ☐ NON DA' IL CONSENSO

all'utilizzo dei propri dati personali per ricevere informazioni di carattere scientifico.
Sottoscrivo e accetto tutte le modalità di iscrizione. I dati personali sono trattati ai sensi e nei limiti del Dlgs 196/2003.

DATA_____ FIRMA_____