

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## I disturbi dell'equilibrio: eziopatogenesi e trattamento 5 OTTOBRE 2024 – URBINO

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Profilo Professionale

MEDICO - Specializzazione \_\_\_\_\_

INFERMIERE

TECNICO AUDIOMETRISTA

TECNICO AUDIOPROTESISTA

TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA

TECNICO DELLA PREVENZIONE DELL'AMBIENTE

TECNICO DI RADIOLOGIA

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO

BIOLOGO

FISIOTERAPISTA

DIETISTA

PSICOLOGO

EDUCATORE PROFESSIONALE

STUDENTE, LAUREATO, SPECIALIZZANDO

### Tipo di impiego

<input type="radio"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="radio"/> DIPENDENTE	<input type="radio"/> CONVENZIONATO	<input type="radio"/> PRIVO DI OCCUPAZIONE
--	----------------------------------	-------------------------------------	---

ISCRIZIONE ALBO N. \_\_\_\_\_

Ordine/Collegio/Associazione Professionale

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Inviare il form alla Segreteria Organizzativa CONGREDIOR SRL (e-mail: [registration@congedior.it](mailto:registration@congedior.it))
- L'avvenuta Iscrizione sarà confermata tramite posta elettronica
- L'iscrizione al Congresso è gratuita e dà diritto a: kit congressuale, attestato di partecipazione, servizi catering durante i lavori.

Si manifesta il proprio consenso all'utilizzo dei dati forniti per l'iscrizione ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/03. Il trattamento dei dati è effettuato, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche, nonché per la trasmissione delle schede informative annuali finalizzate all'analisi del fabbisogno formativo. La sua collaborazione ci consentirà un'offerta formativa che tenga conto delle singole necessità degli operatori sanitari