



# XI CONGRESSO MEDICINA DELLO SPORT CITTA' DI CABRAS

## VI MEMORIAL MARCELLO FAINA

25-26 maggio 2018

Sala Convegni Centro Polivalente, Cabras (OR)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax al numero 070 656263 entro il 24 maggio 2018 alla Segreteria Organizzativa: KASSIOPEA GROUP S.r.l., - via Stamira 10, 09134 Cagliari E-mail: gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com

Barrare la casella corrispondente:

**Medico chirurgo (discipline principali di riferimento):**

- Allergologia ed Immunologia Clinica  
  Cardiologia  
  Ematologia  
  Endocrinologia  
  Pediatria  
  Geriatria  
  Oncologia  
 Malattie dell'apparato respiratorio  
 Medicina Fisica e Riabilitazione  
 Medicina dello Sport  
 Nefrologia  
 Neurologia  
 Psichiatria  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Medicina Generale (Medici di Famiglia)  
 Urologia  
 Scienza dell'alimentazione  
 Malattie Metaboliche e Diabetologia  
 Psicologia  
 Chirurgia Maxillo-Facciale  
 Epidemiologia e Sanità Pubblica  
 Medicina Interna

**Solo per le categorie sotto riportate la quota di iscrizione è di € 30,00 (iva compresa) \***

- Fisioterapista  
 Infermiere  
 Dietista  
 Biologo  
 Psicologo  
 Psicoterapia  
 Psicologia  
 Insegnanti di Educazione Fisica  
 Diplomatici ISEF

**Modalità di pagamento:**

Bonifico intestato a Banca: BNL CAGLIARI AG.3 IBAN: IT 84 H 01005 04998 00000002523 SWIFT: I I TRR  
 Casuale pagamento: Titolo del Congresso + Nome e Cognome.

Si prega di inviare copia del bonifico bancario via mail all'indirizzo gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com o via fax al numero 070656263. Il mancato invio della copia del pagamento comporta la non registrazione.

\* possono partecipare soltanto evento accreditato con ID ECM n°220311

#### INDIRIZZO DI LAVORO

Ruolo			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale	Luogo di nascita		Data di nascita
Professione		Disciplina (solo per i Medici-Chirurghi)	
Tel.	Cell.	e-mail	
Via	Città		Prov.
Istituto, Ospedale, Università, Azienda, Ente			
Reparto, Dipartimento, Clinica, U.O., Divisione			

#### INDIRIZZO DOMICILIARE

Via	Città	CAP	Prov.
Tel.	Cell.	Email	

\* Campi obbligatori alla fine della spedizione della conferma della registrazione.

D. Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)

Al sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda di iscrizione e al Congresso, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzie di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione e di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare e con la sottoscrizione e del presente modulo si dà atto di avere esattamente e soppesati i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare e delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quant'altro previsto dalla norma richiamata.

Data	Firma
------	-------

Ruolo con cui si partecipa all'evento: P = Partecipante, D = Docente, T = Tutor, R = Relatore