

# I BISOGNI NON SODDISFATTI IN NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIAIRE E IL RUOLO DELLE TERAPIE ORMONALI NELLA SINDROME DELL'INTESTINO CORTO

BARI 25 NOVEMBRE 2023  
HOTEL EXCELSIOR

SCHEDA DI ADESIONE

Da inviare via mail a: iscrizioni@adrcongressi.com

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Qualifica **M e d i c o** \_\_\_\_\_  
**Specializzazione**

Farmacista  Dietista  Biologo  Psicologo  Ass. Sanitario

Infermiere  Infermiere pediatrico  Fisioterapista  altro \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Ospedale/Istituto appartenenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## DATI NECESSARI PER ECM

si richiede la massima precisione nella compilazione per precise esigenze del Min. Sai.

Professione  Dipendente  Convenzionato  Libero professionista

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Sei stato reclutato da un'azienda?  SÌ  NO \_\_\_\_\_

## GARANZIA DI RISERVATEZZA

Il trattamento dei dati personali che la riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs 101/2018 sulla tutela dei dati personali

Firma \_\_\_\_\_

Data *I* *I*