**SCHEDA DI REGISTRAZIONE**

**MICROBIOTA NEL DETERMINISMO DELLE PATOLOGIE E INTERAZIONE CON I FARMACI**

**HOTEL FLORA FRASCATI – ROMA**

**05-06-07 Luglio 2019**

|  |
| --- |
| **ANAGRAFICA** |
| **NOME** |       | **COGNOME** |       | **CODICE FISCALE\*** |       |
| **DATA DI NASCITA** |      **/     /** | **COMUNE/STATO ESTERO DI NASCITA** |       |
| **INDIRIZZO** |       | **N.** |       |
| **CAP** |       | **COMUNE** |       | **PROV** |       |
| **TELEFONO** |       | **CELLULARE** |       |
| **FAX** |       | **MAIL** |       |
| **Numero iscrizione Ordine/Collegio/ASS. prof.li\*** |  |
| ***\*campo obbligatorio*** |
| ***ISCRITTO S.I.M.P.e S.V. (in regola con le quote annuali)***   **SI NO** |
| **MODALITA’ DI PARTECIPAZIONE AL CORSO***Verrà offerta gratuitamente la frequenza al Corso e tutta l’ospitalità alberghiera, mentre i costi di viaggio per il raggiungimento della Sede del Corso saranno a carico dei singoli partecipanti.* |
| **SISTEMAZIONE ALBERGHIERA** |  **SI** |  **NO** |
| ***indicare le notti:*** **NOTTE DEL 5 LUGLIO 2019** **NOTTE DEL 6 LUGLIO 2019** |  |
|  |
| **CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI** Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, in merito al trattamento dei dati sopra indicati, per la sola finalità di:* gestione delle pratiche di iscrizione dell’evento di cui sopra;

usufruire dei servizi offerti online dalla FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale |

**Si prega di compilare la scheda ed inviarla via mail a** alessandradamico@fimmg.org **o via fax 06.54.89.66.47**

**DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**