**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](mailto:alessandradamico@fimmg.org) **o via fax 06.54.89.66.47**

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