

## SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

**Titolo Cognome e Nome (\*)**

**Luogo di nascita**

**Provincia di nascita**

**Data di nascita**

**Indirizzo**

**Sesso**

**M**

**F**

**Comune**

**CAP**

**Provincia**

**Telefono**

**Fax**

**Cellulare**

**e-mail (\*)**

**Professione**

**Ruolo**

partecipante

relatore

seg. scientifica

**Provincia in cui opera prevalentemente**

**Profilo lavorativo attuale**

Dipendente SSN

Convenzionato SSN

Libero professionista in  
ambito sanitario

Altro .....  
(specificare)

**Iscritto**

Aicq

SIMeVeP

OTAV

Confindustria

Nessuna

**Data:**

**Firma**

(\*) *Obbligatorio ai fini iscrizione*

**Ragione sociale (ente di appartenenza)**

**Indirizzo**

**Comune**

**CAP**

**Provincia**

**Partita IVA / Codice Fiscale**

**N.B.** Qualora la quota di iscrizione fosse a carico della Az.USL, indicare gli estremi della Delibera nel riquadro sottostante e provvedere all'invio, pena l'esclusione dal corso.

**Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003**

Il sottoscritto autorizza AICQ Triveneta al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver preso visione della "Informativa ai sensi del D. Lgs n.196 del 30 giugno 2003 per il trattamento dei dati personali.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Con il  
patrocinio di:

**ThermoFisher**  
SCIENTIFIC



Part of ThermoFisher Scientific



Società Italiana di  
Medicina Veterinaria  
Preventiva