



**V° MEETING F.O.P.**  
**FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA**

Roma 24, 25 e 26 marzo 2011  
Villa Aurelia  
Via Leone XIII, 459

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO E DI INVIARE IL MODULO ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
VIA FAX O PER POSTA ELETTRONICA  
U.O. Formazione e Aggiornamento ASL RMA tel 0677307293 – fax 0677307204  
[congressifop@fopitalia.it](mailto:congressifop@fopitalia.it)  
[formazionecontinua@aslromaa.it](mailto:formazionecontinua@aslromaa.it)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

PROFESSIONE Medico chirurgo      DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

ROMA lì \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE**

L'iscrizione è obbligatoria. Per iscriversi è necessario compilare e spedire la presente scheda alla Segreteria Organizzativa. Le iscrizioni verranno accettate in ordine d'arrivo e fino ad esaurimento dei posti disponibili.

**INFORMATIVA**

Ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali, si autorizza il trattamento - sia su supporto informatico che cartaceo - dei dati forniti ai soli fini del Corso e della procedura ECM, in particolare ai fini della trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" e del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei propri diritti e della riservatezza dei dati, ai sensi della Legge 675/96.

FIRMA

\_\_\_\_\_

**N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE**