



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE
CLINICA NEUROLOGICA

SCHEDA ISCRIZIONE

MOD.07.P.02 DSN

TITOLO CORSO : La Terapia delle Epilessie: Dalle basi farmacologiche alla gestione terapeutica e alle linee guida.

DATA : 9-10 Ottobre 2009

SEDE : Dipartimento di Scienze Neurologiche – Università di Bologna

Nome		Cognome	
Indirizzo Ab.....CAP..... Città.....(Pr.....)			
Tel		fax	e-mail
Struttura di appartenenza e indirizzo			
Tel.		fax	e-mail

Scheda ECM (da compilare per l'ottenimento dei crediti ECM)

Luogo di nascita	
Data di nascita	
Professione	n. iscrizione all' Ordine
Titolo professionale ECM - Medico Chirurgo <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> TNFP <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	
Cod. fiscale	

Dati per la fatturazione (solo per gli iscritti esterni al Dipartimento di Scienze Neurologiche)

Ragione Sociale		
Indirizzo fiscale		
Città	CAP	Provincia
Cod. Fisc/P. IVA		
Modalità di pagamento		

Inviare la scheda alla Segreteria ECM, Signora Nadia Dall'Aglio (nadia.dallaglio@unibo.it) Dipartimento di Scienze Neurologiche, Via U. Foscolo 7, Bologna, oppure a mezzo fax (n°: 051-2092751) entro il 18/9/2009 compilata in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile; in caso contrario i crediti ECM non potranno essere assegnati

Si autorizza il trattamento dei dati per scopi organizzativi, promozionali e fiscali. Titolare del trattamento dei dati è Alma Mater Studiorum-Università di Bologna-Dipartimento di Scienze Neurologiche,Via U.Foscolo 7. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art.23 del D.Lgs. 196/03.

Data 04/03/2009	Rev. 03	Pag. 1 di 1
Questo documento è di proprietà del Dipartimento di Scienze Neurologiche e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione di Dipartimento		