****

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

DA INVIARE VIA MAIL A : [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](file:///C%3A%5CUsers%5Cgaetano%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Csegreteriaorganizzativa%40cmwlab.it)

COGNOME..........................................................................NOME.............................................................................

LUOGO E DATA DI NASCITA…………………………………………………….. CODICE FISCALE………………………………………………….

RESIDENTE IN VIA.......................................................................................CITTÀ......................................................

TEL/FAX...............................................................................EMAIL..............................................................................

PROFESSIONE : MEDICO CHIRURGO INFERMIERE FARMACISTA BIOLOGO

 SPECIALIZZAZIONE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

RUOLO ATTUALMENTE RICOPERTO:

 LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Evento ECM accreditato presso il Ministero della Salute per medico chirurgo specialista in: Medici Specialisti in:

**Dermatologia e Venereologia, Reumatologia, Oncologia, Chirurgia plastica e ricostruttiva, anatomia patologica; Infermieri.**