

ISCRIZIONE CONVEGNO

**OLTRE IL PROGETTO DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance).  
Da una rete nazionale degli ospedali per la disabilità a un nuovo approccio culturale al  
benessere delle persone con disabilità**

Milano, 6 ottobre 2017

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

DATA E LUOGO DI NASCITA .....

CODICE FISCALE .....

DOMICILIO ..... CITTA' .....(.....)

TELEFONO ..... MAIL .....

PROFESSIONE .....DISCIPLINA/SPECIALIZZAZIONE .....

ENTE DI APPARTENENZA .....

**DATI PROFESSIONALI PER ECM: barrare la casella corrispondente**

**CATEGORIA PROFESSIONALE**

<input type="checkbox"/>	Medico chirurgo	<input type="checkbox"/>	Infermiere
<input type="checkbox"/>	Medico odontoiatra	<input type="checkbox"/>	Infermiere pediatrico
<input type="checkbox"/>	Psicologo	<input type="checkbox"/>	Logopedista
<input type="checkbox"/>	Assistente sanitario	<input type="checkbox"/>	Ostetrico
<input type="checkbox"/>	Dietista	<input type="checkbox"/>	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/>	Educatore professionale	<input type="checkbox"/>	Terapista occupazionale
<input type="checkbox"/>	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	Igienista dentale

Firma \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO DEI DATI**

I dati saranno trattati a norma dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. I dati forniti verranno trattati per finalità amministrative e per l'ottenimento dei crediti ECM. I dati saranno comunicati alla Segreteria organizzativa del corso, ai docenti, al responsabile dell'evento e al Ministero della Salute. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dei crediti ECM.

- Acconsento di ricevere comunicazioni sulle iniziative di Fondazione Mantovani Castorina Onlus

Firma \_\_\_\_\_