

# II LIVE SURGERY WORKSHOP

## UPDATE IN CHIRURGIA BARIATRICA LAPAROSCOPICA

ROMA, 13 MARZO 2017  
AULA ANFITEATRO - POLICLINICO TOR VERGATA

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo .....

Cap ..... Città .....

Tel. .... Fax ..... Cell. ....

E-mail .....

C.F.: .....

Luogo e data di nascita .....

Professione .....

Specializzazione .....

Ospedale .....

Libero professionista

Dipendente

Convenzionato

Privo di occupazione

Informativa e richiesta di consenso ai sensi del D.Lgs. 196/2003 per il rilascio dell'attestazione di partecipazione al corso e dei crediti ECM, sono necessari tutti i dati richiesti. Si ricorda che i dati sono, per normativa resi disponibili per la Commissione Nazionale ECM.

Data .....

Firma .....