

SCHEDA RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CONVEGNO

**“La gestione del rischio stress lavoro-correlato:
esperienze, monitoraggio e prospettive di sviluppo”**

Roma, 14 luglio 2016

L'iscrizione è obbligatoria e deve essere effettuata inoltrando il presente modulo compilato e firmato all'indirizzo: dmil.convegnostresslavorocorrelato@inail.it

La partecipazione è subordinata alla comunicazione di accettazione da parte della segreteria organizzativa

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita

Indirizzo:

Cap Città Provincia

Tel. fisso o Cell.Fax e-mail

Professione:

Il Convegno è accreditato ECM per le professioni sanitarie sotto elencate. Se interessato all'acquisizione di **crediti ecm**, barrare la professione.

Medico (Disciplina Medicina del Lavoro)

Psicologo/Psicoterapeuta

Infermiere

Assistente Sanitario

Tecnico della Prevenzione negli Ambienti e nei Luoghi di Lavoro

Codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Trattamento dati personali (D.Lgs 196/03)

Si autorizza il trattamento dei dati personali sopraindicati per gli adempimenti connessi all'evento

Data / /

Firma