

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CONVEGNO

### **“L’Approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l’individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni”**

Roma, 28 marzo 2019

L’iscrizione è obbligatoria e deve essere effettuata inoltrando il presente modulo (entro il 15/03/2019) compilato e firmato all’indirizzo: [dmil.eventisezione4@inail.it](mailto:dmil.eventisezione4@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. e/o Cell.....

Fax ..... e-mail .....

Professione: .....

[Il Convegno è accreditato ECM per “Tutte le Professioni” SANITARIE, specificare quella di proprio interesse]

Codice fiscale

Data .... / ..... / .....

Firma

---