



XIII CONGRESSO MEDICINA DELLO SPORT

CITTA' DI CABRAS

VIII MEMORIAL MARCELLO FAINA

27-28 maggio 2022

Sala Convegni Centro Polivalente, Cabras (OR)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax al numero 070 656263 entro il 25 maggio 2022 alla Segreteria Organizzativa: KASSIOPEA GROUP S.r.l., - via S. Tommaso D'Acquino, 20, 09134 Cagliari E-mail: gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com

Quota di iscrizione è di €. 30,00 (iva compresa) Esclusi i Soci FMSI e i Medici di Medicina Generale

Barrare la casella corrispondente:

Medico chirurgo (discipline principali di riferimento):

☐Allergologia ed Immunologia Clinica ☐Cardiologia ☐Ematologia ☐Endocrinologia ☐Pediatria ☐Geriatrica ☐Oncologia
☐Malattie dell'apparato respiratorio ☐Medicina Fisica e Riabilitazione ☐Medicina dello Sport ☐Nefrologia ☐Neurologia
☐Psichiatria ☐Ortopedia e Traumatologia ☐Medicina Generale (Medici di Famiglia) ☐Urologia ☐Scienza dell'alimentazione
☐Malattie Metaboliche e Diabetologia ☐Psicologia ☐Chirurgia Maxillo-Facciale ☐Epidemiologia e Sanità Pubblica
☐Medicina Interna ☐Ginecologia e Ostetricia ☐Radiologia ☐Immunologia e tossicologia clinica ☐Odontoiatria

☐Fisioterapista ☐Infermiere ☐Dietista ☐Biologo ☐Psicoterapia

☐Insegnanti di Educazione Fisica ☐Diplomati ISEF

☐SOCI FMSI N°Tesserino _____ *

Modalità di pagamento:

Bonifico intestato a Banco di Sardegna IBAN: IT60L0101504812000000012260 SWIFT BIC BPMTIT22XXX

SWIFT: I I T R R Causale pagamento: Titolo del Congresso + Nome e Cognome.

Si prega di inviare copia del bonifico bancario via mail all'indirizzo gianlucasotgiu@kassiopeagroup.com o via fax al numero 070656263. Il mancato invio della copia del pagamento comporta la non registrazione.

***(non verranno iscritti tutti coloro che non inseriranno il numero del Tesserino FMSI)**

INDIRIZZO DI LAVORO

Ruolo			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale	Luogo di nascita		Data di nascita
Professione		Disciplina (solo per i Medici -Chirurghi)	
Tel.	Cell.	e-mail	
Via	Città	CAP	Prov.
Istituto, Ospedale, Università, Azienda, Ente			
Reparto, Dipartimento, Clinica, U.O., Divisione			

INDIRIZZO DOMICILIARE

Via	Città	CAP	Prov.
Tel.	Cell.	Email	

*Campi obbligatori a fine della spedizione della conferma della registrazione.

D. Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy)

Al sensi del D. Lgs. 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali riportati sulla presente scheda di iscrizione e al Congresso, informiamo i partecipanti circa la necessità di destinare tali dati a terzi (agenzia di spedizione e di organizzazione congressuale di nostro riferimento, aziende, associazioni o altri soggetti che collaborano per l'organizzazione di questo evento congressuale). Il mancato consenso del trattamento dei dati personali compromette tale adempimento. Il firmatario autorizza Kassiopea Group, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati indicati. In particolare e con la sottoscrizione e del presente modulo si dà atto di avere esattamente soppesato i contenuti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e in particolare e delle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati e quanto altro previsto dalla norma richiamata.

Data	Firma
------	-------

Ruolo con cui si partecipa all'evento: P= Partecipante, D=Docente, T= Tutor, R = relatore