

IL PROCESSO DI PRODUZIONE DI LG E BUONE PRATICHE CLINICO ASSISTENZIALI DALLA FORMAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO ALLO SVILUPPO DI RACCOMANDAZIONI

1 LIVELLO - LO SVILUPPO DI LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE CLINICO ASSISTENZIALI

11-12 ottobre - 25-26 ottobre - 8-9 novembre - 16 novembre

MODULO ISCRIZIONE

Da inviare compilato e firmato all'indirizzo e-mail cifapps@uniroma2.it entro e non oltre il 30.09.2024.

INFORMAZIONI PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

e-mail _____

Professione

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistente sanitario | <input type="checkbox"/> Ortottista/Assistente di oftalmologia | <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> Ostetrica | <input type="checkbox"/> Tecnico di neurofisiopatologia |
| <input type="checkbox"/> Chimico | <input type="checkbox"/> Podologo | <input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico |
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Psicologo | <input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di Radiologia Medica |
| <input type="checkbox"/> Educatore professionale | <input type="checkbox"/> Tecnico audiometrista | <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico |
| <input type="checkbox"/> Farmacista | <input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista | <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva |
| <input type="checkbox"/> Fisico | <input type="checkbox"/> Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusiones Cardiovascolare | <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | <input type="checkbox"/> Veterinario |
| <input type="checkbox"/> Igienista dentale | | <input type="checkbox"/> Professione non ECM |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | | |
| <input type="checkbox"/> Infermiere pediatrico | | |
| <input type="checkbox"/> Logopedista | | |
| <input type="checkbox"/> Medico chirurgo | | |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra | | |

Profilo lavorativo

- Libero professionista
- Dipendente
- Convenzionato
- Non occupato

INFORMAZIONI ENTE

Ragione sociale _____

Città _____ Provincia _____

DATI FATTURAZIONE Azienda Privato

Intestazione _____

Via _____ Nr. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

e-mail per fattura _____

Luogo, data

Firma

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa relativa al trattamento dei miei dati personali scaricabile dal sito CIFAPPS <https://med.uniroma2.it/cifapps-centro-interdipartimentale/>

Luogo, data

Firma

DATI PER PAGAMENTO

Pagamento tramite Bonifico Bancario intestato: **Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – CIFAPPS**
presso: INTESA SAN PAOLO S.P.A. - Via Cracovia, 50 - CAP 00173 - Roma

DA ENTI PRIVATI

Intestato: Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – CIFAPPS

IBAN: IT76Y0306905020100000300229

BIC TIT MM