



CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IN
PATOLOGIA CERVICO-VAGINALE DA SCREENING
Padova, 26 ottobre 2010

SCHEDA DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTI

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Professione Medico Chirurgo Biologo TSLB

Specializzazione _____

Ruolo del partecipante: Partecipante *Capogruppo/Coordinatore Altro
*Patologo referente del singolo programma

Ente di appartenenza _____

Indirizzo lavoro _____ CAP e Città _____

Telefono Lavoro _____ Fax _____

Indirizzo e-mail _____

Ordine o Collegio o Associazione Professionale _____

_____ della provincia o Regione _____

Provincia in cui opera prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale: Dipendente del SSN Convenzionato del SSN Libero

professionista in ambito sanitario Altro (specificare) _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data: _____

Firma Partecipante: _____

Da inviare via fax allo 049 8215983 o per e-mail a:
centro.registrotumoriveneto@unipd.it