

**CORSO DI AGGIORNAMENTO ANNUALE  
PER OPERATORI DEI REGISTRI TUMORI  
Camerino, 1°-1° settembre 201'**

<b>DATI ANAGRAFICI/FISCALI</b> (richiesti per il conseguimento dei crediti ECM)	
NOME _____	
COGNOME _____	
Codice fiscale	_____
Luogo di nascita _____	Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____
Qualifica professionale _____ Specializzato in _____	
<b>Indirizzo privato</b>	
Città _____	CAP _____ Prov. _____
Tel. _____	Cell. _____
<b>DATI ENTE</b> (richiesti per la corrispondenza)	
Ente/Registro Tumori _____	
U.O./Servizio _____	
<b>Indirizzo Ente</b>	
Città _____	CAP _____ Prov. _____
Tel. _____ Fax _____	E-mail _____
<i>SI IMPEGNA A CORRISPONDERE AD AIRTum 50,00 EURO PER L'ISCRIZIONE AL CORSO E AD INVIARE LA RICEVUTA VIA FAX <b>ENTRO IL 2, A; OSTO 201'</b></i>	
FIRMA ISCRITTO _____	
Vitto e alloggio sono da considerarsi a carico AIRTum      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Approvo l'iscrizione al Corso FIRMA DEL RESPONSABILE _____	
<i>Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare.</i>	
Firma _____	

**Inviare la scheda di iscrizione e di prenotazione alberghiera alla Segreteria Organizzativa  
via fax: 0737-402403 o per e-mail: [susanna.vitarelli@unicam.it](mailto:susanna.vitarelli@unicam.it)**