



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**  
**Presidio di Monserrato**  
**UFFICIO FORMAZIONE**  
tel. e fax n. 070/51096130



**MODULO DI ISCRIZIONE**

Al Responsabile dell'Ufficio Formazione  
Azienda Ospedaliero Universitaria Cagliari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Struttura/Presidio di appartenenza \_\_\_\_\_

Intestazione Fattura (se differente dal partecipante)

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare all'attività formativa dal titolo: **"Il dolore nel bambino: un approccio multidisciplinare"** che si terrà in data **15 maggio 2010** presso il Policlinico Universitario di Monserrato – Spina Didattica.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 2003 e successive modificazioni e integrazioni SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Per il Progetto Formativo sono stati richiesti i crediti ECM

Il pagamento della quota di iscrizione pari a € 50,00 (euro cinquanta/00) + IVA 20% (se dovuta) per i Medici e € 20,00 (euro venti/00) + IVA 20% (se dovuta) per gli Infermieri deve avvenire tramite **Bonifico Bancario** intestato a A.O.U. DI CAGLIARI - BNL SEDE CAGLIARI- N.C/C 205664- CODICE IBAN IT90C0100504800000000205664, specificando quale causale del versamento: QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO DEL 15 MAGGIO 2010 **"Il dolore nel bambino: un approccio multidisciplinare"**

Il modulo di iscrizione e la copia della ricevuta di versamento della quota di partecipazione dovranno pervenire all'Ufficio Formazione via Fax al n. 070-6093482 oppure via e-mail all'indirizzo [alessandro.canetto@gmail.com](mailto:alessandro.canetto@gmail.com)