

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome _____

Cognome _____

Ente di appartenenza _____

Telefono _____

Cell. _____

E-mail _____

Fa parte di qualche gruppo Cochrane?

☐ Sì☐ No

Se sì, specificare _____

È stato o è impegnato in revisioni Cochrane?

☐ Sì☐ No

È stato o è impegnato nella diffusione delle evidenze Cochrane?

☐ Sì☐ NoSono interessato a partecipare al seminario numero:
(vedasi programma per numero del seminario)Prima scelta Seconda scelta Terza scelta Sono interessato al pranzo in mensa al costo di € 10,00 da pagare
la mattina della riunione☐ Sì☐ NoAcconsento al trattamento e uso dei miei dati personali in possesso
dell'Istituto in accordo alla legge 196/2003. In relazione al trattamento,
l'interessato può godere dei diritti di cui all'art 7.

Data _____

Firma _____

