

SCHEMA DI ADESIONE

Cognome

Nome

Via N.

Città c.a.p.

Tel. Fax

E-mail:

Istituto/Ospedale

Qualifica

C.F.-P. IVA

Indicare le esercitazioni prescelte enumerandole **tutte** in ordine di preferenza (per es. ①, ③, ⑦, etc.).
L'attribuzione ai piccoli gruppi avverrà in base all'arrivo delle schede di iscrizione e sarà possibile la partecipazione solo a 3 esercitazioni (1 al giorno).

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Emogranalisi-
Ossigenoterapia | <input type="radio"/> Ecografia toracica
nelle emergenze respiratorie |
| <input type="radio"/> Ventilazione non invasiva | <input type="radio"/> Rianimazione
cardio-polmonare |
| <input type="radio"/> Terapia infusioneale
nella insufficienza
respiratoria | <input type="radio"/> Breath-test
e pH-metria esofagea |
| <input type="radio"/> Casi clinici
interattivi "respiratori" | <input type="radio"/> Ecodoppler vascolare |
| <input type="radio"/> Intendo partecipare alle Esercitazioni presentando
anche un mio caso clinico di cui allego notizie descrittive. | <input type="radio"/> Emergenze
otologiche |

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.