

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## Case Reports 2025 La Gestione dei Casi Complessi

**Roma, 5 Aprile 2025**

\*Cognome \_\_\_\_\_ \*Nome \_\_\_\_\_

\*Indirizzo \_\_\_\_\_ \*CAP \_\_\_\_\_

\*Città \_\_\_\_\_ \*Prov. \_\_\_\_\_

\*Tel \_\_\_\_\_ \*Email \_\_\_\_\_

\*C.F. \_\_\_\_\_ \*Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

\*Qualifica \_\_\_\_\_ \*Az. Osp /Ente \_\_\_\_\_

\*Inquadramento professionale:

Libero Professionista       Dipendente       Convenzionato

**L'iscrizione al congresso è gratuita**

\*Professione:

Medici Chirurghi in Oftalmologia       Infermieri       Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia

**N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare all'indirizzo mail:  
[info@formazioneeventisrl.it](mailto:info@formazioneeventisrl.it).**

\*\*Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

Accetto       Non Accetto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_