

# MODELLI DI TRATTAMENTO PER LA DOPPIA DIAGNOSI

Evento Formativo del Programma Innovativo per la Salute Mentale Regione Lombardia-TR10

**Milano, 14 settembre 2009**

Palazzo Stelline, Corso Magenta 61

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di scrivere in maniera chiara e leggibile e compilare tutta la scheda.  
Una parte dei dati sono indispensabili anche per i crediti E.C.M.

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_ **LUOGO DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** (comunicazione obbligatoria) \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO PRIVATO: VIA** \_\_\_\_\_ **N° CIVICO** \_\_\_\_\_

**CITTÀ** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**TEL.** \_\_\_\_\_ **CELL.** \_\_\_\_\_ **FAX** \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA** \_\_\_\_\_

**IST./OSP.** (con indirizzo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi delDecreto Legislativo 196/2003 sulla privacy, autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

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

Pregasi inviare entro e non oltre il 1° settembre 2009 a:

**Segreteria Organizzativa**

**R.M. Società di Congressi**

Via Ciro Menotti 11

20129 Milano

tel. 02 70126308

fax 02 7382610

info@rmcongress.it