

**2° Congresso Internazionale**  
**Distrofia dei cingoli da deficit di Calpaina 3 - Il paziente, la malattia, la cura**

---

**SCHEDA D'ISCRIZIONE**

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

Codice fiscale\* \_\_\_\_\_ Data e luogo nascita\* \_\_\_\_\_

Via\* \_\_\_\_\_ CAP\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail\* \_\_\_\_\_

Qualifica Prof.\* \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

Intestazione fattura \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ Codice SDI \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Indirizzo fatturazione \_\_\_\_\_

- Allego ricevuta del versamento di € 80                       Allego ricevuta del versamento di € 20 (2° familiare o accompagnatore)  
 Non allego ricevuta del versamento in quanto paziente o familiare

Posizione lavorativa\*     Libero professionista     Dipendente     Convenzionato     Privo di occupazione

\* dati da compilare obbligatoriamente

*La informiamo che i dati personali da lei forniti saranno trattati per le finalità e nelle modalità descritte nell'informativa disponibile sul sito [www.lanostrafamiglia.it/chisiamo](http://www.lanostrafamiglia.it/chisiamo), che lei dichiara di conoscere*

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