



**DAL NEONATO A RISCHIO
AL BAMBINO CON DISABILITÀ:
I Percorsi di Cura
All'interno dell'azienda
USL di Bologna**

BOLOGNA RELAIS BELLARIA 10-11 APRILE 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

**DA COMPILARE ED INVIARE
VIA E-MAIL, FAX O POSTA ORDINARIA**

INFORMAZIONI SUL PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

Professione _____ Disciplina _____

Luogo e data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo privato Via _____

Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell _____

E-mail _____

Sede di lavoro - Ente/Istituto/Ospedale _____

U.O/ Divisione/Specialità _____ Via _____

Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

ESIGENZE PARTICOLARI

La preghiamo di indicare di seguito esigenze di tipo medico o alimentare (es. Pasti vegetariani, accesso per disabili ecc. ecc.)

PRESIDI PER DIVERSAMENTE ABILI

ESIGENZE ALIMENTARI

ISCRIZIONE

INFORMAZIONI GENERALI

L'iscrizione al Convegno è gratuita e va effettuata **entro il 31 Marzo 2015**.

Le iscrizioni dovranno essere inviate alla segreteria organizzativa via e-mail, fax o posta ordinaria. Vi preghiamo di utilizzare un modulo per persona. Per qualsiasi problema nella registrazione vi preghiamo di contattare la Segreteria Organizzativa al numero 051 5876729 o via e-mail - momedaeventi@momedaeventi.com

È possibile effettuare cambi di nominativi ma saranno accettati solo per iscritto.

NON SI ACCETTANO ISCRIZIONI TELEFONICHE.

Qualora le domande eccedessero il numero di posti prestabilito, l'ammissione seguirà l'ordine di arrivo delle schede.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

MOMEDA EVENTI

Via San Felice, 38 - 40122 Bologna BO

Tel.: +39 051 5876729 - Fax: +39 051 5876848

E-mail: momedaeventi@momedaeventi.com

- Medici chirurghi
- Medicina fisica e riabilitazione;
 - neonatologia,
 - pediatria,
 - pediatria di libera scelta;
 - neuropsichiatria infantile;
 - anestesia e rianimazione;
 - medicina generale;
 - continuità assistenziale;
 - direzione medica di presidio ospedaliero)

- Infermieri
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Educatore professionale
- Logopedisti
- Fisioterapisti

Data _____ Firma _____