



A.D.O.I.

Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani
www.adoi.it

Premio Poster ADOI
“DIDATTICA e COMUNICAZIONE VISIVA IN DERMATOLOGIA”

Responsabile del Poster per eventuali comunicazioni

Cognome _____ Nome _____

Sede di lavoro _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Provincia _____ Tel. lavoro _____

Cell. _____ Fax _____ E-mail _____

Indirizzo privato _____ C.A.P. _____

Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Io/Noi sottoscritto/i _____

autori del Poster dal titolo

autorizziamo l'A.D.O.I. all'utilizzo a titolo gratuito del Poster.

Firme (di tutti gli Autori del Poster)

Io sottoscritto/a in piena conoscenza della Lg. 31/12/1996, n.675, ed in particolare degli artt. 11,20,22,24 e 28 acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dell'A.D.O.I. nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa.

Data _____ Firma _____