

**Corso Avanzato Residenziale**

**EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE WORKSHOP:  
THE ARCHITECTURE OF PROGNOSTIC STUDIES AND DIAGNOSTIC STUDIES**

Palazzo Feltrinelli, Gargnano, Lago di Garda, Italy, 30 settembre-3 ottobre 2009

**SCHEMA DI ISCRIZIONE**

Da compilare in stampatello e far pervenire debitamente firmata **entro e non oltre il 6 settembre 2009** allegando un breve **curriculum vitae** (entro lo spazio massimo di **una pagina** a spazio singolo) per e-mail o fax a:

Centro Interuniversitario "Thomas C. Chalmers"  
Università degli Studi di Milano  
e-mail [chalmers@unimi.it](mailto:chalmers@unimi.it)  
fax 02 50320403

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nato/a a \_\_\_\_\_ il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Prov. |\_|\_|

**Specializzato** in \_\_\_\_\_

Istituzione od Unità Operativa di appartenenza \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

Indirizzo postale completo dell'Istituzione od Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Prov. |\_|\_|

**Specializzando** presso la Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

dell'Università di \_\_\_\_\_ anno |\_|\_|

*Ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati richiesti verranno trattati dalla Segreteria Chalmers solo al fine di consentire la selezione delle domande di partecipazione.*

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