

**CORSO DI FORMAZIONE**  
**LA RESPONSABILITA' SANITARIA E LE COPERTURE ASSICURATIVE**

**Mercoledì 14 Settembre 2016**

**Università degli Studi di Milano - Istituto di Medicina Legale**

**Corso riservato ad inviti - 6 ore di Formazione per Intermediari Assicurativi**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04** o e-mail [info@responsabilitasanitaria.it](mailto:info@responsabilitasanitaria.it)

Titolo  PROF.  AVV.  DOTT.  SIG./SIG.RA

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita | | / | | / | | | |

Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. | | | - | | | - | | | - | | | - | Partita IVA | | | | | | | | | | | |

Ragione Sociale Azienda / Ente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. | | | - | | | - | | | - | | | - | Partita IVA | | | | | | | | | | | |

Recapiti corrispondenza preferiti  Personali  Azienda/Ente

**Sezione dedicata agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI**  RICHIEDO ORE FORMATIVE PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Iscritto alla Sez. \_\_\_\_\_ del RUI N. \_\_\_\_\_ In data | | / | | / | | | |

Intermediari per cui opera: (riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)

Rag. Soc. \_\_\_\_\_ Iscritto alla Sez.  A  B del RUI N.

**Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE AL CONVEGNO (Gratuita)**

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