



**AIPPO**

ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PNEUMOLOGI  
OSPEDALIERI

**STARTUP**  
meeting



REGISTRO ITALIANO  
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA **REG.I.RE**

## SCHEDA RACCOLTA DATI CENTRI PARTECIPANTI

Da restituire via fax al n. 02/36590360

**Centro** \_\_\_\_\_

Divisione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Tel. di reparto \_\_\_\_\_

**Responsabile** \_\_\_\_\_

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

### Collaboratori di reparto

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

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

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

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

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

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

#### INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa sulla Tutela dei Dati personali (L. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni e in conformità al decreto legislativo 196/2003 in vigore dal 1° gennaio 2004), autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità relative a REG.I.RE - Registro Italiano Insufficienza Respiratoria.

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