

## MODULO DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello ed inviare via fax o email alla segreteria organizzativa entro il **4 Febbraio 2011**.  
Il modulo è disponibile anche online sul sito [www.parentproject.it](http://www.parentproject.it)

**EEM Segreteria Organizzativa:**

EEM International Congress Services

Via Elio Lampridio Cerva, 167 - 00143 Roma - tel. 06 5193499 - fax 06 5194009

Sig.na Gaia Di Medio e-mail: [g.dimedio@eemservices.com](mailto:g.dimedio@eemservices.com)

### ISCRIZIONE

Partecipante       Medico       Fisioterapista

Si prega di indicare la categoria di registrazione

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Altri partecipanti:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita\* / /

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita\* / /

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita\* / /

*\*Indicare la data di nascita per i minori di 18 anni.*

La partecipazione è gratuita e comprende i lavori scientifici, i coffee breaks, le colazioni di lavoro a buffet dei giorni 19 e 20 febbraio, la cena del 18 febbraio e la cena sociale Parent Project del 19 febbraio.

### ISCRIZIONE E SESSIONI PARALLELE

Le sale che ospitano le sessioni parallele hanno una capacità limitata, vi preghiamo pertanto di indicare nei campi che seguono le sessioni alle quali intendete partecipare per una migliore organizzazione dei lavori.

Confermo la mia partecipazione alla conferenza ed alle seguenti sessioni:

(si prega di indicare le sessioni alle quali si intende partecipare inserendo una x nella casella dell'orario prescelto. Qualora si sia raggiunto il numero massimo di partecipanti, verrà confermata la sessione per l'orario successivo o precedente).

#### VENERDÌ 18 FEBBRAIO 2011

Le sessioni del venerdì sono dedicate alle famiglie con bambini piccoli.

Sala	Titolo sessione	Orario	
		17:00	19:00
Ovidio	Sessione pratica di stretching		
Cicerone	L'integrazione scolastica		
Seneca	L'interpretazione delle diagnosi molecolari ed il Registro dei Pazienti		

#### SABATO 19 FEBBRAIO 2011

Sala	Titolo sessione	Orario	
		15:00	17:00
Ovidio	Sessione pratica di stretching e fisioterapia		
Catullo	Adolescenza, crescita e sessualità		
Tibullo	Ausili per la riabilitazione e per la respirazione		
Catone	Gruppi di auto-aiuto e sostegno psicologico		
Aristotele	L'abbattimento delle barriere, ristrutturare casa		
Cicerone	L'integrazione scolastica		
Pindaro	Mio fratello è figlio unico?		
Omero	Burocrazia		
Seneca	L'interpretazione delle diagnosi molecolari ed il Registro dei Pazienti		
Terenzio	Come organizzare eventi ed iniziative a sostegno di Parent Project		

### PROGRAMMA SOCIALE

Si prega di compilare i campi sottostanti per confermare la partecipazione alle cene:

Parteciperò alla cena del 18 febbraio      SI       NO       N° persone \_\_\_\_\_

Parteciperò alla cena sociale Parent Project del 19 febbraio      SI       NO       N° persone \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini dell'organizzazione di questa conferenza (decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 – codice in materia di protezione dei dati personali).

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO MEDICO

Da compilare obbligatoriamente per la categoria Medico.

Si prega di compilare in stampatello ed inviare via fax o email alla segreteria organizzativa entro il **4 Febbraio 2011**.  
Il modulo è disponibile anche online sul sito [www.parentproject.it](http://www.parentproject.it)

**EEM Segreteria Organizzativa:**

EEM International Congress Services

Via Elio Lampridio Cerva, 167 - 00143 Roma - tel. 06 5193499 - fax 06 5194009

Sig.na Gaia Di Medio e-mail: [g.dimedio@eemservices.com](mailto:g.dimedio@eemservices.com)

### ANAGRAFICA MEDICO

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

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

Data Nascita \_\_\_\_\_

Nazione Nascita \_\_\_\_\_

Comune Nascita \_\_\_\_\_

Sesso: MASCHIO  FEMMINA

### INDIRIZZO PROFESSIONALE

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

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

### SPECIALIZZAZIONE

Specializzazione \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

### ENTE/OSPEDALE/UNIVERSITÀ

Dipartimento/Reparto \_\_\_\_\_